Rok XL. Kraków, 6 Kwietnia 1901. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell.

Wartość rozpoznawcza płynnej krwi w przypadkach śmierci z uduszenia gwałtownego.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Wedle wykładu, wygłoszonego w Sekcyi medycyny sądowej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w lipcu 1900 r. w Krakowie).

Obecność płynnej i zwykle ciemnej krwi w ustroju osób, zmarłych śmiercią nagłą wogóle, a śmiercią z nagłego uduszenia w szczególności, uchodzi już oddawna za szczegół ważny dla rozpoznania śmierci z gwałtownego uduszenia. Pierwsi autorowie sądowolekarscy, t. j. Fortunato Fidelis[1]) i P. Zacchiasz[2]) wspominają już o ujemnym wyniku sekcyi nawet w przypadkach notorycznego gwałtownego uduszenia, a rozpatrując pobieżnie zmiany w narządach wewnętrznych nie mówią nic o zachowaniu się krwi, podnoszą tylko, jako objaw względnej wartości rozpoznawczej „sanguinis ex naribus, aliisque partibus effusio“, oraz „collectio sanguinis spumosi in thorace“. Henke[3]) pomija również milczeniem zachowanie się krwi. Natomiast Krahmer[4]) nadmienia wyraźnie, że serce jest rozszerzone i zwłaszcza w swej prawej połowie wypełnione krwią ciemną, tylko wiotko skrzepniętą, niezawierającą złogów włóknikowych. Morgagni[5]), a za nim Devergie[6]), twierdzą, że prawa połowa serca jest rozszerzona i wypełniona krwią ciemną i gęstą, lecz płynną, a rzadko tylko skrzepniętą. Orfila[7]) wyraża się, że krew u uduszonych niemal zawsze jest płynna, wspomina atoli zarazem, że Lafosse miał znaleźć w zwłokach kilku utopionych krew „zbitą i polipowatą“, a Avisard w zwłokach dwóch utopionych w prawej połowie serca krew skrzepniętą, lub częściowo skrzepniętą, że wreszcie on sam znalazł w zwłokach pewnego utopionego kilka skrzepów włóknikowych. Metzger[8]) mówi o krwi czarnej, a niekiedy płynnej, jako trzeciorzędnym fenomenie uduszenia. Podobnie i S. Gromoff[9]) podaje wypełnienie prawej połowy serca czarną i płynną krwią, jako ogólną cechę uduszenia. Schürmayer[10]) uważa za cechę rozpoznawczą dla uduszenia „auffallend dunkelfarbiges Blut, das auch eine grössere Flüssigkeit zu haben pflegt“. Schauenstein[11]) zaznacza niestałość tego objawu, a Tardieu[12]) nadmienia, że rzadko tylko spotkać można w przypadkach uduszenia wiotkie skrzepy. Vibert[13]) podaje, że czasem znachodzą się u uduszonych nieliczne, miękie i prawie rozpływające się skrzepy, że atoli krew płynna tych zwłok po wylaniu jej z naczynia lub serca krzepnie. Hofmann[14]) nie przypisuje temu zachowaniu się krwi, jako wspólnemu wszystkim przypadkom nagłej śmierci, zasadniczego znaczenia dla rozpoznania śmierci z uduszenia i podnosi, że pośmiertne zachowanie się krwi, t. j. jej płynność lub skrzepnięcie, zależy od czasu trwania konania. Jeźli konanie jest krótkie, to krew pozostaje płynną, a jeżeli przy takim samym sposobie uduszenia konanie było dłuższe, wówczas krew krzepnie. W końcu wyraża przypuszczenie, że może to zachowanie się pośmiertne krwi w przypadkach śmierci nagłej polega na braku leukocytozy, zauważanej przez Littena[15]) stale w chwili dłuższego konania. Zresztą, jeżeli uduszeniu ulega człowiek, dotknięty w tym czasie chorobą zapalną, to z powodu wywolanej przez nią hiperinozy krew będzie po śmierci skrzepniętą. Lacassagne[16]), Lutaud[17]), Tourdes i Metzquer[18]) zaznaczają zgodnie, że krew w przypadkach uduszenia prawie zawsze bywa płynną, a tylko w razie, gdy śmierć poprzedza dłuższe konanie, bywa częściowo skrzepniętą. Taylor[19]) oświadcza, że czasem krew bywa mimo śmierci z uduszenia zmięszaną ze skrzepami. Zdanie Hofmana podziela w zupełności Orth[20]). Casper i Liman[21]) oświadczają: „allgemeine ungewöhnliche Flüssigkeit des Blutes findet sich bei sämmtlichen Erstickungsarten ohne Ausnahme“; dodają jednak, że w typowych przypadkach uduszenia można wcale nierzadko znaleźć w sercu dosyć spore skrzepy, które jednak rozpoznania śmierci z uduszenia wcale nie wykluczają. Maschka[22]) spotkał na 234 przypadków śmierci z uduszenia w 25 skrzepy krwi w sercu. Strassmann[23]) stwierdził krew

[1]) De relationibus medicorum i t. d. Lipsiae 1664, pag. 586.
[2]) Quaestionum medicolegalium tomus III. Cons. XIX, p. 26 i 27. Norimbergae 1726.
[3]) Lehrb. d. ger. Med. Berlin, 1841. Str. 324
[4]) Handb. d. ger. Med. Braunschweig, 1857, str. 523.
[5]) De sed. et caus. morbor. epist. XIX. § 10.
[6]) Médecine légale. Paris 1840. T. II, str. 370.
[7]) Lehrb. d. ger. Med. übers. von Krupp. Leipzig. Wien, 1843. T. II, str. 342.
[8]) Zasady med. sąd. Tłóm. Mianowski. Wilno 1823.
[9]) Med. sąd. Tłómaczył Buczyński. Warszawa 1837.
[10]) Lehrb. d. g. M. Erlangen, 1874. Str. 189.
[11]) Lehrb. d. g. M. Wien, 1875. Str. 487.
[12]) Étude méd. lég. sur la pendaison i t. d. Paris, 1879.
[13]) Précis de méd. lég. Paris, 1886. Str. 104.
[14]) Lehrb. d. g. Med. VIII Aufl. Wien. Leipzig, 1898. Str. 487.
[15]) Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 27. 1883.
[16]) Précis de méd. jud. Paris, 1878.
[17]) Manuel de méd. lég. Paris, 1877.
[18]) Traité de méd. lég. Paris, 1896.
[19]) A manual of medic. jurispr. London 1891. Str. 454.
[20]) Comp. d. path.-anat. Diagnostik. Berlin 1884
[21]) Pract. Handb. d. g. M. VI A. Berlin 1876. II Bd.
[22]) Handb. d. g. M. Tübingen. 1881. T. I.
[23]) Lehrb. d. g. M. Stuttgart 1895.

płynną nietylko w przypadkach nagłej, lecz i powolnej śmierci. Najwybitniej płynną krew widział w zwłokach osoby, zmarłej powolnie wskutek raka wątroby z następową silną żółtaczką. Krew, wzięta z tego przypadku przy sekcyi, odbytej w 5 godzin po śmierci, nie krzepła i nadal mimo wlania jej do naczynia. Corin[24]) przekonał się, że płynna krew, wypuszczona z naczyń krwionośnych wkrótce po śmierci, krzepnie, wypuszczona zaś po upływie 48 godzin od chwili śmierci, nie krzepnie. To odmienne zachowanie się płynnej krwi, zależne od upływu czasu, tłómaczy w pierwszym razie wytworzeniem się we krwi po jej wypuszczeniu z naczyń zakisu włóknikowego z nieczynnego zymogenu, t. j. protrombiny H. Schmidta; w drugim zaś razie obecnością wytworzonej z czasem we krwi po śmierci cytoglobiny Al. Schmidta, która stanowi substancyę, wstrzymującą sprawę krzepnięcia. Tymczasem przekonał się Strassmann, że płynna krew, dobyta w 24 godzin po śmierci ze zwłok zmarłych z powodu gruźlicy, krzepła natychmiast po dodaniu fibrinogenu. Brouardel[25]) uważa za jednę z przyczyn niekrzepliwości krwi uduszonych nadmierne nagromadzenie w niej CO_2; za drugą zaś nagłe ustanie czynności serca. Wieszając lub topiąc psy i poddając jedne ich zwłoki w 10 minut, inne zaś w 24 godzin po śmierci sekcyi, przekonał się, że w sercu psów w 10 minut po śmierci sekcyonowanych skrzepy były miękie i wiotkie, w sercu zaś psów, sekcyonowanych w 24 godzin po śmierci, krew była płynna. Na tej podstawie sądzi, że krew w każdym przypadku nagłego uduszenia krzepnie zaraz po śmierci wiotko, potem zaś skrzepy te jako wiotkie i nie włóknikowe rozpuszczają się w ciągu pierwszych 24 godzin. Tylko przy powolnem, 15—20 minut trwającem duszeniu, tworzą się zbitsze skrzepy, które się tak długo utrzymują, dopóki ich proces gnicia nie rozpuści. Pierwsza przyczyna niekrzepliwości krwi uduszonych, podawana przez Brouardela, nie jest nową, albowiem już Al. Schmidt sądził, że nadmiar CO_2 we krwi uduszonych strąca w niej substancyę fibrinoplastyczną, tem samem znosi możność skrzepnięcia krwi. Tymczasem ilościowe badania, przeprowadzone przez Pflügera[26]), wykazały, że ilość CO_2 we krwi w czasie duszenia i po uduszeniu wcale się znacznie nie zwiększa i że chociaż zwykle nieco tylko jest większą, to często przecież równa się ilości CO_2, znajdowanej w zwykłej krwi żylnej, a niekiedy bywa nawet od niej mniejszą. Zarazem stwierdził Hofmann w zwłokach zwierząt, uduszonych pod kloszem w atmosferze przez nie wydzielonego CO_2, krew skrzepniętą tak w sercu, jak i w wielkich naczyniach. Puppe[27]) reasumuje dotychczasowe zapatrywania najwięcej jeszcze słuszne, że po dłużej trwającem konaniu, jakoteż w przypadkach, w których przed śmiercią chociby nagłą istniała leukocytoza, krew po śmierci krzepnie i tworzy zwłaszcza w sercu prawem słoninowate skrzepy. Spostrzeżenie to nazywa on tak stałem, że zdaniem jego, zgodnem zupełnie z oświadczeniem Strassmanna[28]) obecność skrzepów zbitych, wplecionych między beleczki mięsne ścian serca, przemawia wprost przeciw przypuszczeniu nagłej śmierci wyłącznie z uduszenia, a szczegół ten daje się według niego doskonale zużytkować w praktyce sądowo-lekarskiej. Zresztą co do zachowania się krwi w zwłokach osób uduszonych powołuje się na wzmiankowane już doświadczenia Brouardela. Wreszcie godnem jest uwagi spostrzeżenie, jakie opisuje Modica[29]). W przypadku samobójstwa przez powieszenie znalazł on w sercu obok skrzepów małych i wiotkich czerwonych wielki skrzep włóknikowy. Wynik sekcyi o tyle był niezupełnie ujemny, o ile stwierdzono w zwłokach nieznaczne zmiany wsierdzia, nieznaczną cieśń (stenozę) zastawki dwukończystej, nieznaczne zmiany miażdżycowe w początkowej części aorty i przewlekły nieżyt żołądka miernego stopnia. W uwagach, dołączonych do opisu tego przypadku, podnosi Modica, że w przypadkach uduszenia spotykano bardzo rzadko skrzepy włóknikowe. Skrzepy te, według jego zdania, nie wykluczają możliwości śmierci nagłej, albowiem mogą się one mimo nagłości zejścia wytworzyć pod wpływem pewnych zmian w sercu i naczyniach, w przewodzie pokarmowym i t. d. Co się tyczy zmian w przewodzie pokarmowym, o których Modica wspomina, to ma on tu chyba w pierwszym rzędzie na myśli okoliczność, czy śmierć nagła następuje wśród trawienia, czy też poza tym okresem; wiadomo bowiem, że w czasie trawienia istnieje fizyologiczna leukocytoza, którąby w myśl poprzednich wywodów mogła być przyczyną, wywołującą skrzepnięcie krwi, mimo nagłego ustania czynności serca.

Uwzględniając te wyniki dotychczasowych spostrzeżeń i badań nad zachowaniem się krwi w przypadkach nagłej śmierci z uduszenia, podjąłem cały szereg doświadczeń w tym kierunku. Doświadczenia te wykonywałem na kotach i psach. Każde doświadczenie rozpoczynałem od obliczenia ciałek krwi czerwonych i białych we krwi wziętej z ucha zwierzęcia i wzajemnego ich stosunku, a to za pomocą przyrządu do liczenia ciałek, podanego przez Thoma-Zeissa. Jedne zwierzęta były przed doświadczeniem głodzone przez 24 godzin, inne były przedmiotem doświadczenia wśród stanu trawienia. Jedne z nich ginęły wskutek zadzierzgnięcia, inne wskutek utopienia, inne wreszcie wskutek uduszenia powolnego pod kloszem szklanym. Stosownie do omówionych już doświadczeń Brouardela wykonywałem na jednych zwierzętach sekcyę w 10 minut, na innych w 24 godzin po śmierci, przyczem znowu obliczałem ilość ciałek krwi i ich wzajemny stosunek w krwi, wziętej z serca. Nadto badałem zachowanie się płynnej krwi, przelanej z serca lub wielkich naczyń do kubków szklanych.

Wynik tych doświadczeń był następujący: w zwłokach kotów i psów, sekcyonowanych w 10 minut po stwierdzeniu śmierci, krew w sercu i naczyniach wielkich była z wyjątkiem jednego doświadczenia na psie, u którego były skrzepy wiotkie czerwone, zawsze płynną (liczba ogólna doświadczeń 36), a to bez względu na to, czy zwierzę było uduszone w stanie czczym, czy trawienia, czy w sposób nagły przez zadzierzgnięcie lub utopienie, czy też w sposób powolny, tj. pod kloszem. W zwłokach zaś zwierząt uduszonych w tych samych warunkach i w ten sam sposób, a poddanych sekcyi w 24 godzin po śmierci, mieściły się w sercu

[24]) Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. T. V, str. 234.

[25]) La pendaison i t. d. Paris, 1897. Str. 12.

[26]) Hofmann l. c. Str. 485.

[27]) Drasche's Bibliot. d. ges. med. Wissensch. Hygiene und gerichtl. Med. Wien-Leipzig, 1899. Str. 754.

[28]) l. c.

[29]) Reperto di coaguli fibrinosi nel cuore in morte rapida. Giornale di med. leg. 1898. Str. 248.

obok krwi płynnej zawsze wiotkie czerwone skrzepy włókniakowe a bardzo często także (na 18 zwłok psów i kotów, sekcyonowanych w 24 godz. po śmierci — w 12 zwłokach) odbarwione, wplątane między beleczki mięsne ściany serca, rzadziej tkwiące w lewej komórce i w aorcie, częściej zaś w prawej komórce. Co się tyczy liczby ciałek krwi, względnie stosunku ciałek białych do czerwonych, to wyniki tych obliczeń były we wszystkich doświadczeniach zgodne, tj. stosunek ciałek białych do czerwonych zmieniał się po śmierci i to w ten sposób, że ilość ciałek białych we krwi płynnej, branej ze zwierząt sekcyonowanych w 24 godzin po śmierci, była stale znacznie mniejszą, od ich ilości we krwi za życia; a ilość ciałek białych we krwi zwierząt sekcyonowanych w 10 minut po śmierci, była wprawdzie zawsze, lecz nie w tym już stopniu, mniejszą od ilości ciałek białych, znalezionych u nich we krwi za życia. Dla przykładu przytaczam tu należące liczby z kilku doświadczeń.

I. Suka, ważąca 5740 grm., stosunek ciałek za życia 1 : 550. Zadzierzgnięcie sznurem. Sekcya w 10 minut po śmierci. W prawej komórce serca wielka ilość krwi płynnej, w lewej nieznaczna jej ilość. Stosunek = 1 : 700.

II. Pies 5410 grm. wagi. Stosunek za życia 1 : 700. Zadzierzgnięcie sznurem. Sekcya w 24 godzin po śmierci. Prawa połowa serca zawiera obok skrzepów wiotkich czerwonych, miejscami wplecionych w beleczki mięsne, nieco krwi ciemnej, płynnej. Lewa komórka pośmiertnie stężona, prawie próżna. Stosunek w krwi płynnej = 1 : 1050.

III. Kotka, ważąca 2852 grm., była głodzona przez 24 godzin. Stosunek ciałek za życia = 1 : 570. Zadzierzgnięcie sznurem. Sekcya w 10 minut. W sercu i naczyniach krew płynna. Stosunek ciałek w niej = 1 : 900.

IV. Kotka, ważąca 2600 grm., głodzona. Stosunek ciałek za życia 1 : 600. Utopienie. Sekcya w 24 godzin po śmierci. W sercu i naczyniach wiotkie ciemne skrzepy oprócz krwi płynnej, w której stosunek ciałek = 1 : 1000.

Z doświadczeń tych wynika, że ilość ciałek białych we krwi zmniejsza się w pierwszych godzinach po śmierci, a to zdaje się o tyle, o ile one się zużywają przy powstawaniu skrzepów. Zarazem muszę nadmienić, że zgodnie z tymi wynikami obliczeń ciałek przedstawiało się zachowanie się krwi płynnej po przelaniu jej z serca lub wielkich naczyń do kubków szklanych. I tak bowiem krew płynna, wzięta ze zwłok sekcyonowanych wkrótce po śmierci, krzepła niemal natychmiast w kubku szklanym, tworząc zbity skrzep, gdy tymczasem krew, wzięta ze zwłok sekcyonowanych w 24 godzin po śmierci, utrzymywała się w stanie płynnym przez dłuższy czas i tworzyła luźne skrzepy małe.

Przytoczone doświadczenia dowodzą, że mimo śmierci z nagłego uduszenia tworzą się we krwi zwierząt, mianowicie psów i kotów, skrzepy wiotkie i czerwone, rzadziej skrzepy zbite, odbarwione i w beleczki ściany serca wplątane, a nadto, że twierdzenie Brouardela, jakoby u psów, sekcyonowanych w 10 minut po uduszeniu, znajdowała się w sercu krew wiotko skrzepła, zaś u psów sekcyowanych w 24 godzin po uduszeniu była znowu krew płynną, należy uważać raczej za zjawisko przypadkowe, niż stałe. Za tem zapatrywaniem przemawiają także wyniki liczenia ciałek krwi, albowiem skoro wedle dotychczasowych zasad ciałka białe zużywają się przy krzepnięciu krwi, to ilość ich we krwi zwłok, sekcyonowanych w 10 minut po śmierci, powinna być mniej więcej taką, jaką ona była we krwi zwierząt, sekcyonowanych po upływie 24 godzin od śmierci. Tymczasem była ona w moich doświadczeniach większą.

Wyników tych doświadczeń, podejmowanych na psach i kotach nie mogę porównywać i odnosić w pełnej mierze do zachowania się krwi u ludzi uduszonych, a to z tej przyczyny, że wedle dotychczasowego doświadczenia krew ludzi nagle uduszonych bywa w największej liczbie przypadków płynną; rzadziej trafiają się skrzepy wiotkie, a wyjątkowo zbite i odbarwione, podczas gdy u zwierząt w moich doświadczeniach krew była po upływie 24 godzin od śmierci zawsze skrzepniętą. Zachodzić tu zatem musi pewna różnica w krzepliwości krwi ludzkiej a krwi psów i kotów.

Celem przekonania się, jak się zachowywała krew w przypadkach nagłego uduszenia mechanicznego, które w ciągu ostatnich 12 lat w Zakładzie poddano sekcyi, zestawiłem te przypadki w liczbie 111. Na liczbę tę składa się 34 przypadków powieszenia, 1 przypadek zadzierzgnięcia, 37 przypadków utopienia, 15 przypadków uduszenia przez aspiracyę ciał obcych i następowe zatkanie krtani (ciałami obcemi były wymiociny, kęsy pokarmowe, krew, oraz cygaro), 16 przypadków uduszenia przez zatkanie ust i nosa u niemowląt za pomocą piersi kobiety karmiącej, pościeli, raz liści wtłoczonych przez dzieciobójczynię do jamy ustnej, 4 przypadki śmierci z zasypania przez gruzy walącego się budynku, 2 przypadki uduszenia przez ugniecenie ciała kolanami osoby drugiej i zatkanie ust i nosa, wreszcie 2 przypadki „status thymici“. Z tych notowano w 18 przypadkach obecność skrzepów krwi w sercu (zatem w 16% przypadków, gdy w zestawieniu Maschki były skrzepy w 10·6% przypadków), a to w 3 przypadkach skrzepy zbite i odbarwione (2·7%), w reszcie tj. 15 przypadkach skrzepy wiotkie, czerwone (13·5%). Skrzepy krwi znaleziono w prawem sercu u 5 osób powieszonych (samobójstwa), raz zbite i odbarwione a to u 43 letniego mężczyzny, u którego sekcya nie wykazała żadnych zmian chorobowych, w żołądku zaś i jelitach tylko mierną ilość treści, w reszcie przypadków wiotkie i czerwone; w zwłokach 4 osób utopionych stwierdzono w prawem sercu skrzepy wiotkie, czerwone, przy ujemnym obrazie sekcyjnym; w zwłokach 3 osób zdrowych, zaduszonych przez aspiracyę wymiocin (żołądek pełny, trawienie) znaleziono skrzepy raz zbite i częściowo odbarwione, 2 razy wiotkie, czerwone; nakoniec w 6 zwłokach niemowląt, nie okazujących zmian chorobowych, a uduszonych przez zatkanie nosa i ust, częścią piersią, częścią pościelą, raz zauważono skrzepy zbite i odbarwione, zresztą wiotkie. Wreszcie muszę tu wspomnieć o przypadku, ocenianym niedawno przed tutejszym trybunałem przysięgłych, o którym bliższe dane zawdzięczam uprzejmości Dra Horoszkiewicza, asystenta Zakładu. Przypadek ten tyczył się 77-letniego handlarza, którego zadławiono, gdy był w stanie podpitym. Prócz zmian zewnętrznych na szyi, dowodzących niezbicie zadławienia, znaleziono przy sekcyi w prawej komórce serca dosyć spory skrzep, częściowo odbarwiony i zbity, a nadto obrzęk płucny. Zdaje mi się, że obecność tego skrzepu w rzeczonym przypadku tłómaczy się dostatecznie tem, że tu wobec stwierdzonego obrzęku płuc musiało dłuższe konanie, a tem samem i powolne ustawanie czynności serca poprzedzić śmierć. Zarazem mógł może na wytworzenie się tego skrzepu wpłynąć korzystnie stan upojenia alkoholem.

Zarówno z doświadczeń mych, podjętych na zwierzętach

jak i z zestawienia przypadków sekcyonowanych w Zakładzie, oraz z odnośnego piśmiennictwa, wynika dowodnie, że chociaż w przypadkach śmierci z nagłego uduszenia mechanicznego znachodzi się w sercu i wielkich naczyniach najczęściej krew płynną, to jednak zdarza się w nich spotkać także i skrzepy, częściej wiotkie i czerwone, rzadko zaś odbarwione, zbite i wplątane między beleczki ścienne serca. Te ostatnie mogą się znaleźć w zwłokach osób, zresztą nie okazujących żadnych zmian chorobowych, ani zmarłych w czasie trawienia. Tak więc nawet obecność zbitych, odbarwionych i między beleczki ścian serca wplecionych skrzepów, nie wyklucza możliwości śmierci z nagłego uduszenia gwałtownego; w każdym jednak razie jest ona w zwłokach osób uduszonych wyjątkową.

II Z instytutu patologiczno-anatomicznego profesora Obrzuta we Lwowie.

Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mięszany. *(Sarcoma hydropicum polyposum colli uteri embryoeides).*

Podał
Dr. Józef Krzyszkowski.

(Dokończenie).

Zanim przystąpię do omówienia obrazów mikrp., przytoczę najpierw zapatrywania różnych autorów na pochodzenie i rozrost tego nowotworu. Większość, dopatrując główną charakterystykę w polipowatym kształcie, szukała pierwszych zmian w błonie śluzowej. I tak Pfannenstiel jest zdania, że nowotwór wychodzi z powierzchownych warstw błony śluzowej, tuż za ujściem zewnętrznem szyi macicznej. Za dowód wyjścia z błony śluzowej wogóle uważa obecność w nowotworze gruczołów; a na dowód wyjścia z okolicy tuż za ujściem zewnętrznem przytacza różnorodność nabłonków, okrywających polipowate wybujałości. Dla twierdzenia, że nowotwór wychodzi z warstw powierzchownych błony śluzowej, dopatruje poparcie w brodawczatej (papilarnej) budowie; (twierdzi, iż gdyby pochodził z warstw głębszych, to przybrałby charakter rozlany, a tak zachowuje już istniejący typ utkania błony śluzowej szyi *(Columnae rugarum)*.

Pick przyjmuje również ten sam punkt wyjścia i podaje, że nowotwór charakteryzuje się jeszcze początkowym rozrostem, ograniczonym do najbardziej powierzchownych warstw błony śluzowej *(papilläre Infection)*, a w późniejszych dopiero okresach okazuje skłonność do wciskania się w głąb utkania szyi.

Mięsak jako taki, jeżeli wychodzi z błony śluzowej, to musi wychodzić z jej pierwiastków łączno-tkankowych, a zatem albo z tkanki łącznej podstawowej, albo ze ścian naczyń (chłonnych lub krwionośnych). I tak też odpowiednio do obrazów, otrzymywanych pod mikroskopem, punkt wyjścia odnoszono do tych jej pierwiastków. Ruge odnosi punkt wyjścia mięsaków błony śluzowej wogóle, a więc i tej formy, li tylko do tkanki podstawowej błony śluzowej pomiędzy przewodami gruczołowymi. Klienschmidt i Amann uważają za punkt wyjścia naczynia krwionośne i chłonne. Pfannenstiel wyklucza stanowczo naczynia kwionośne, a otrzymywane obrazy mikroskopowe raz mu przemówiły za wyjściem z naczyń chłonnych, raz znowu za wyjściem z tkanki łącznej podstawowej. — Pick uważa bujanie śródbłonka naczyń chłonnych i krwionośnych za zmiany drugorzędne, gdyż w odpowiednich miejscach naokoło naczyń nie zauważył nigdy większego nagromadze ia się komórek mięsakowych.

Sprawa, czy w nowotworze mamy do czynienia z zwyrodnieniem śluzakowatem, czy z obrzękiem, była długi czas na porządku dziennym. Ostatecznie można sprawę tę uważać za załatwioną przez Picka, który sądzi, że w tych guzach możemy napotkać i typowe ogniska śluzakowate i obrzęk. Obrzęk zaś, jako taki, działając na młodą tkankę łączną, może przyczynić się do wytworzenia się z niej na podstawie przemiany *(metaplasis)* utkania śluzakowatego.

Daleko ważniejszą i trudniejszą do wytłómaczenia sprawą była obecność pierwiastków obcych (heterologicznych), nie wchodzących w anatomiczną budowę macicy: chrząstek i mięśni prążkowanych. Pierwiastki te, jakkolwiek nie zawsze spotykano, a tylko trzy razy w parze, to pomimo tego wszyscy uważali je za coś swoistego, jakkolwiek nie niezbędnego dla tego rodzaju mięsaka.

Przeciwnicy teoryi Conheima wpryśnięcia ognisk zarodkowych, na poparcie której nieraz przytaczano i polipowate mięsaki, tłómaczą obecność chrząstek i mięśni prążkowanych przemianą *(metaplasis)* komórek

Pfannenstiel dopatruje nawet w tym fakcie dowód przeciw teoryi Conheima, a natomiast poparcie dla swego zapatrywania, że jakkolwiek w guzach pierwotnych, uzyskanych drogą operacyjną (Rein, Pernice), nie było pierwiastków obcych (heteroplastycznych), to znachodziły się one obficie w nawrotach. Wytworzyły się one więc — według zdania Pfannenstiela — potem, a wytworzyć się mogły tylko wskutek przemiany *(metaplasis)* komórek mięsakowych. Zapatrywanie to opiera na obrazach mikroskopowych Reina, Perniceego i swoich, twierdząc, że widział przejścia pomiędzy młodą tkanką łączną a istotą międzykomórkową wejrzenia hyalinowego (chrząstka) i między wrzecionowatemi komórkami mięsakowemi, mięśniami gładkimi, a mięśniami prążkowanymi.

A zatem uważano za punkt wyjścia nowotworu pierwiastki łącznotkankowe błony śluzowej, a już zmienionym mięsakowo komórkom przyznawano własność przemiany *(metaplasis)* w komórki innorodne (heterologiczne) chrzęstne i komórki mięśni prążkowanych.

Wilms jest zupełnie odmiennego zapatrywania; uważa bowiem guz za wytwór bujania tkanki zarodkowej jeszcze nie zróżniczkowanej, przesuniętej w okresie życia płodowego, a nie, jak sądzi Conheim, wpryśniętych ognisk gotowych, już zróżniczkowanych komórek.

Dla łatwiejszego zrozumienia tego zapatrywania pozwolę sobie na obszerniejsze nieco sprawozdanie z pracy Wilmsa „Die Mischgeschwülste“.

Badanie swe Wilms opiera na podstawie faktów, zaczerpniętych z piśmiennictwa, na badaniu muzealnych preparatów histologicznych, nieraz opisanych już przez innych, dalej — na badaniach histologicznych licznych przypadków własnych, wreszcie na najnowszych zdobyczach embryologii.

Zacznijmy od nowotworów mięszanych nerki, spotykanych często w wieku młodzieńczym lub dziecięcym.

Pierwszy Birch-Hirschfeld złączył je w jedną wielką całość i opisał jako „Sarcomatöse Drüsengeschwülste“ lub „Embryonale Drüsensarcome“. Pochodzenie ich wywodzi Birch-Hirschfeld od wpryśniętych resztek ciałka Wolfa; — mogłoby to tłómaczyć obecność pierwiastków gruczołowych i obecność tkanki mięsakowej, ale nie wyjaśnia nam obecności chrząstki, mięśni gładkich i mięśni prążkowanych, a uciekanie się do zagmatwanej teoryi przemiany komórek w tak szerokim zakresie nie da się obecnie obronić.

Badając szczegółowo preparaty z tych różnych nowotworów, zauważył Wilms przedewszystkiem znaczną różnorodność obrazów, a powtóre — obecność we wszystkich młodej, jeszcze nie zróżniczkowanej, tkanki zarodkowej. (Wucherung eines jungen indifferenten Keimgewebes). Tkanka ta, złożona z licznych drobnych komórek, jakkolwiek i ogniskowo w samym guzie rozrzucona, znajduje się obficiej nagromadzona — na obwodzie. W miarę jej rozrostu zaczyna się ona różniczkować i pojawiają się w niej, obok okrągłych komórki wrzecionowate i gwiazdkowate. Tych komórek wrzecionowatych i gwiazdkowych przybywa coraz więcej i przemieniając się w komórki podobne do tkanki łącznej otaczają one ogniska owych komórek okrągłych. W tych ogniskach komórki krągłe ustawiają się promienisto na około pustych światel i rozwijając się dalej mogą nawet utworzyć istotne utkanie gruczołowe. Tymczasem zaś wśród komórek gwiazdkowatych i wrzecionowatych, tworzących niejako dla poprzednich podłoże, przychodzi do dalszego zróżniczkowania, do wytwarzania w jednych miejscach utkania śluzakowatego, w innych tkanki łącznej, włókien sprężystych, tu znów mięśni gładkich, owdzie tkanki tłuszczowej, a często też chrząstki i mięśni prążkowanych. Jakkolwiek te różnorodnie zróżniczkowane komórki, bujając dalej niezależnie od tkanki macierzystej, przyczyniają się do rozrostu nowotworu, to jednak ten rozrost polega głównie na ciągłem narastaniu na obwodzie owej tkanki młodej zarodkowej, zdolnej do różniczkowania i dalej też różniczkującej się. Nowotwór więc rośnie niezależnie od otoczenia, wytwarzając własne podłoże. W częściach środkowych, jako najstarszych, posiada tkanki wybitnie zróżniczkowane, na obwodzie zaś utkanie zarodkowe. Przerzuty zachowują się odpowiednio do tego, z jakiej tkanki powstały; jeżeli z komórek już zróżniczkowanych, to mogą tylko odpowiednio wytwarzać jedne tkanki; jeżeli z tkanki młodej, zarodkowej, to mogą się zachować jak nowotwór pierwotny i w przerzucie dalej wytwarzać wszystkie wyżej przytoczone rodzaje utkania.

Młoda więc ta tkanka zarodkowa jest zdolną wytwarzać utkanie gruczołowe, mięśnie prążkowane, cały szereg tkanek pokrewnych z tkanką łączną, jak: włókna sprężyste, włókna mięśni gładkich, tkankę śluzakowatą, tłuszczową i komórki chrzęstne; musi więc łączyć w sobie te własności i pochodzić z bardzo wczesnego okresu rozwoju.

Dla wytłómaczenia tego stanu rzeczy ucieka się Wilms do embryologii. Pierwiastki gruczołowe guzów nerkowych nie zostają wpryśnięte, jako takie, lecz wytwarzają się z owej tkanki zarodkowej; dlatego wyprowadza je Wilms nie z ciałka Wolfa (Birch-Hirschfeld), lecz z nefrotomu *(Urnierenblastem)*. Tkanka łączna i jej pokrewne wytwarzają się z mesenchymu (względnie ze sklerotomu, części składowej mesenchymu). Mięśnie prążkowane z myotomu, a nie mają one genetycznie nic wspólnego z mięśniami gładkimi, rozwijającymi się tak jak tkanka łączna z mesenchymu. Nefrotom pochodzi ze środkowego listka zarodowego i łączy myotom z bocznym listkiem *(Seitenplatte)* Sklerotom, jako część głównie nas obchodząca mesenchymu. leży wśród komórek myotomu, rozwijając się razem z nim z prasegmentu. Myotom i mesenchym rozwijają się z prasegmentu *(Ursegment)*.

A zatem nowotwory mięszane nerki pochodzą z okresu, kiedy mesenchym nie oddzielił się od myotumu i oba rozwijają się z tkanki, która jednoczy w sobie zdolność wytwarzania nefrotomu i prasegmentu; ponieważ nefrotom i prasegment (myotom i sklerotom) rozwijają się z mesodermy, przeto i nowotwory te rozwijać się muszą z komórek mesodermalnych i to ze względu na owe pierwiastki gruczołowe z komórek, położonych w okolicy pranercza (Urnierengegend).

Nowotwory mięszane macicy różnią się od poprzednich brakiem pierwiastków gruczołowych, zresztą okazują te same pierwiastki innorodne, rozwijające się z owej zniezróżniczkowanej tkanki zarodkowej. Tkanka ta nie posiada w sobie własności wytwarzania pierwiastków gruczołowych, nie pochodzi więc z nefrotomu, posiada natomiast własność wytwarzania mięśni prążkowanych i tkanek pokrewnych z tkanką łączną (mesenchym, sklerotom), a więc musi ona jednocząc w sobie te własności pochodzić z komórek mesodermalnych, ale ze względu na brak pierwiastków nefrotomu z komórek, położonych poza pranerczem w tylnej okolicy ciała (Mesoderm der hintersten Körperregion).

Według Wilmsa, drogą, którędy te mesodermalne pierwiastki dostały się z części, wyżej i ku tyłowi położonych, w miejsce obecnego bujania, jest ciałko Wolffa, to znaczy, że samo ono nie bierze wprawdzie udziału w bujaniu nowotworowem, jak to ma miejsce w gruczołomięśniakach, lub gruczołomięśniakach torbielowatych Recklinghausenowskich, lecz jest tylko niejako przenośnikiem *(Träger)* dla owych, w bardzo wczesnym okresie rozwoju oddzielonych ze środkowego listka ognisk komórkowych. W ten sposób owe przeniesione, a niejako przyczepione do ciałka Wolffa ogniska zarodkowe dostają się w okolicę szyi macicy i pochwy i dają powód do wytwarzania się nowotworu. Na poparcie tego ostatniego twierdzenia powołuje Wilms zwykle umiejscowienie nowotworu w przedniej części szyi i pochwy, odpowiednio do przewodów Gartnera, jako szczątków ciałka Wolffa. Późne w wielu razach wystąpienie nowotworu nie da się inaczej tłómaczyć, według Wilmsa, jak początkowym, bardzo powolnym wzrostem, albo też czasowym zupełnym spoczynkiem przemieszczonego ogniska zarodkowego, w którem to ognisku nagle, bez znanych bliżej powodów, (pokwitanie, wiek przejściowy, ciąża), może przyjść do nowotworowego bujania

Niestałość składników anatomicznych w tych nowotworach, to, że raz spotykamy w nich mięśnie prążkowane, raz chrząstkę, to znów jedno i drugie, lub też brak obu, tłómaczy Wilms tem, że albo ta przesunięta tkanka zarodkowa mogła być już w pewnym stopniu zróżniczkowania przesuniętą, albo też pewien typ z powodów bliżej nieznanych

mógł wziąść przewagę w bujaniu i niejako resztę zagłuszyć.

Brak pierwiastków innorodnych we wczesnych okresach a wystąpienie ich dopiero w nawrotach (przypadki Reina, Pernicego) wyzyskuje Wilms na poparcie swego zapatrywania, a mianowicie na poparcie tego, że ta zarodkowa, niezróżniczkowana tkanka jest zdolną wytwarzać wyżej zróżniczkowane tkanki, dlatego też początkowo nie stwierdzano obecności tych tkanek, choć w nawrotach wytworzyły się one obficie.

Te wyżej przytoczone zapatrywania Wilmsa, oparte na ścisłej obserwacyi obrazów histologicznych i na najnowszych zdobyczach embryologii, są głęboko obmyślane i zdolne dać dobre wytłómaczenie powstawania wielu nowotworów, a specyalnie tłómaczą dobrze powstawanie nowotworów mięszanych macicy, a więc i mego przypadku.

Wobec opisania obrazu mikroskopowego naszego przypadku, oraz obrazów i ich tłómaczenia, przytoczonych przez Wilmsa, nie wiele pozostaje do powiedzenia. W preparatach, pochodzących z naszego przypadku, stwierdziłem utkanie mięsakowate i znaczną różnorodność tego utkania, w warstwach najgłębszych tkankę o charakterze niezdecydowanym, tkankę młodą zarodkową; w partyach zaś środkowych utkanie bardziej zróżniczkowane, a więc tkankę łączną, mięśnie gładkie, nowo wytworzone, ogniska śluzowate i młode ognisko chrzęstne. Ta różnorodność utkania, a zwłaszcza obecność tkanki, nie znajdującej się w macicy ani w życiu pozapłodowem ani w płodowem, dostatecznie przemawia za pochodzeniem zarodkowem guza i odpowiada wywodom, przytaczanym przez Wilmsa. Odpowiednio do nich guz nasz uważam za wytwór zarodkowy; rozwinął się on jako taki, stosownie do zapatrywań Wilmsa, z tkanki zarodkowej niezróżniczkowanej, przesuniętej we wczesnym okr sie rozwoju. Za mało na razie mamy doświadczenia, aby twierdzić z całą stanowczością, które mianowicie partye uległy temu przesunięciu i czy brak mięśni prążkowanych przemawia za nieprzesunięciem się „myotomu“, czy też komórki, zawierające w sobie zdolność wytwarzania mięśni prążkowanych (myotomu) przesunięte, nie wzięły jednak udziału w dalszym rozwoju, lub wreszcie może mamy z trzecią możliwością do czynienia, a tą jest posiadanie zdolności wytwarzania mięśni prążkowanych, ale na to jeszcze czasu nie było.

W każdym razie obecność pierwiastków łącznotkankowych przemawia za przesunięciem się mesenchymu, względnie sklerotomu (chrząstka), a nie specyfikując bliżej tkanek, możemy z całą stanowczością powiedzieć, że guz rozwinął się z pierwiastków mesodermalnych, jest więc pochodzenia mesodermalnego.

Raz odmówiwszy mięsakom polipowatym macicy pochodzenia z pierwiastków łącznotkankowych błony śluzowej i dalszego rozwoju drogą przemiany, a przypisawszy im pochodzenie z pierwiastków zarodkowych, nie możemy tych nowotworów uważać za jakąś specyalną całość, dotyczą li tylko szyi macicy, lecz do tej grupy zarodniaków (embryoidów) przewodu rodnego kobiety musimy zaliczyć, jako wielką całość i inne mięszane nowotwory macicy, rozwijające się nietylko w szyi, lecz i w jej trzonie, a więc i przypadek Geislera, przez Wilmsa tu zaliczony, jako mięsakochrzęstniak, a w ostatnim czasie ogłoszony przez von Franquea guz trzonu, rozpoznany przez niego jako puchlinny mięsakomięśniak prążkokomórkowy macicy (*myosarcoma striocellulare uteri hydropicum*) i wiele innych guzów trzonu, gdzie znachodzono pierwiastki innorodne, jak chrząstka lub mięśnie prążkowane.

Kształtu polipowatego i charakteru obrzękowego nie możemy uważać za główne cechy tych nowotworów, lecz razem z Kahldenem, Pickiem i Wilmsem musimy je przyjąć za rzecz przypadkową, wywołaną warunkami lokalnymi, rozrastaniem i szerzeniem się nowotworu wśród błony śluzowej. Na poparcie tego twierdzenia można przytoczyć, że przerzuty, o ile one były badane, nie okazywały nigdy charakteru polipowatego, że nowotwór w dalszym swym rozroście wgłąb macicy, do więzów szerokich i do jamy Douglasa nigdy nie okazuje charakteru polipowatego, a natomiast, wrastając do światła pęcherza i infiltrując tu błonę śluzową, wytwarza podobne polipowate kształty, i wreszcie, jak świadczy o tem przytoczony przez Picka przypadek Rumlera, może i w innej naturalnej jamie ciała (jama nosowo-połykowa) wskutek warunków lokalnych przyjść do wytworzenia się takich polipowatych wybujałości, podobnych do jagód zaśniadu. Tak jak kształt polipowaty, tak też i ową obfitość naczyń chłonnych, lub raczej wyraźne ich wskutek rozszerzenia zaznaczenie, musimy też uważać za objaw przypadkowy, wywołany warunkami miejscowymi. Nowotworzenia się, ani rozrostu tak w śródbłonku, jak i na ścianie samej, nigdzie nie zauważyłem; natomiast po grubości ścian i zachowaniu się śródbłonka wyraźnie widać było, że są to tylko rozstrzenie Wytworzenie się ich w uszypułowanych polipach łatwo wytłómaczyć zwężeniem się lub okręceniem się szypuły, ale wytłómaczenia wytworzenia się rozstrzeni w guzowatych wybujałościach, osadzonych na szerokiej podstawie, lub też w samym nowotworze, musimy szukać głębiej.

Orth i Bormann, jak wyżej wspomnieliśmy, przypisują mięsakom macicy specyalną własność szerzenia się, głównie drogą naczyń chłonnych z następowem zajęciem gruczołów. Ponieważ naczynia chłonne błony śluzowej są drogami odpływowemi, przeto nic dziwnego, że w naczyniach chłonnych, owych polipowatych wybujałościach, wyszłych z błony śluzowej, a ułożonych ponad głównym guzem, przyszło do zastoju limfy i następowego obrzęku, jeżeli, pominąwszy już ucisk otoczenia, przyjmiemy możliwość wypełnienia się naczyń na dalszym przebiegu masami nowotworowemi.

Że i w naszym przypadku miało miejsce szerzenie okolicami i drogami naczyń chłonnych, za tem przemawia wyżej przytoczony opis kliniczny: chora opuszczała szpital z rozległymi naciekami w miednicy małej i w obu pachwinach, a nie okazywała jeszcze objawów, któreby s ę domyślać pozwalały przerzutów drogą naczyń krwionośnych w odległych narządach, np. w płucach.

W przypadkach dotąd opisanych błona śluzowa macicy, tak jak i pokrywa nabłonkowa polipowatych wybujałości, były wskutek ropienia i zgorzeli znacznie zmienione, lub w całości zniszczone; w żadnym przypadku nie spotkaliśmy się z wrastaniem polipowatych wybujałości do światła trzonu macicy tak, że za zasadę przyjmowano kierunek wzrostu wybujałości polipowatych tylko na zewnątrz.

W moim przypadku błona śluzowa, wyścielająca trzon, i warstwa przybłonkowa, okrywająca większe i mniejsze po-

lipki, są w całości utrzymane i nie zniszczone, a polipowate wybujałości nie tylko na zewnątrz, ale także okrywając partyę nowotworu, zwróconą do rozszerzonego światła trzonu, tamże luźnie wrastały. Warunki miejscowe były ku temu wytworzone przez guz, umiejscowiony przy ujściu wewnętrznym szyi, który działał jako przeszkoda mechaniczna, powodując rozszerzenie trzonu i wytwarzając przestrzeń wolną, zdolną pomieścić polipowate bujanie nowotworowo zmienionej błony śluzowej. Pomiędzy tymi polipami a błoną śluzową trzonu, okazującą tu obraz przewlekłego międzymiąższowego wytwórczego zapalenia, granicy wyraźnej niema; oba obrazy zlewają się ze sobą. Małe polipki, ułożone na samej granicy, różnią się tylko rozszerzeniem naczyń chłonnych i obrzękiem od polipów zwykłego zapalenia błony śluz. macicy polipowatego (*Endometritis polyposa*); w większych dopiero, dalej ponad guzem ułożonych, widzimy najpierw przy podstawie nagromadzone komórki hiperchromatyczne mięsakowe, a następnie w jeszcze większych spotykamy je już i około naczyń i pod przybłonkiem, poukładane luźnie lub grupkami.

Polipowe te wybujałości, umieszczone na granicy nacieku nowotworowego ponad głównym guzem szyi, możemy uważać za analogon pierwszych zmian nowotworowych, klinicznie się objawiających.

Wysoce niepomyślny, bo śmiertelny, przebieg wszystkich znanych przypadków, należy odnieść w pierwszym rzędzie do zapoznania cierpienia.

Sprawa wykrycia pierwszych zmian w błonie śluzowej i możliwości wczesnego i pewnego rozpoznania tak złośliwego nowotworu jest kwestyą pierwszorzędnej wagi i głównie mnie zajmowała, a świeżość materyału i utrzymanie błony śluzowej były podnietą do badań w danym kierunku.

Obrazy z mego wyżej przytoczonego przypadku porównywałem z obrazami innych polipów, uzyskanych już to *ex vivo*, jużto *ex mortuo* i, o ile z mego jednego przypadku sądzić można, doszedłem do następujących wyników: rozpoznanie z małego polipa, zwłaszcza oderwanego od podstawy, jest niemożliwem nawet dla takiego badacza, który ten rodzaj nowotworu już widział. W nieco większych polipach rozszerzenie naczyń chłonnych, obrzęk, obecność jąder hiperchromatycznych, jąder poukładanych grupami, a zwłaszcza obecność komórek dużych, krągłych z mitozą (zwłaszcza wielobiegunową), lub komórek o kilku jądrach, stanowczo przemawia za bujaniem nowotworowem.

Ponieważ pierwsze zmiany muszą usadowić się nieco głębiej, a zmiany polipowate w błonie śluzowej są następowe, przeto w każdym przypadku podejrzanym koniecznem jest wycięcie i oglądnięcie podstawy szypuły i okolicy po pod nią położonej, gdzie z pewnością mniej lub więcej zróżniczkowaną tkankę nowotworową znajdziemy.

Gessner powiada, że polipy te są zwykle bardzo miękie i kruche, przeto każdy tego rodzaju polip, a zwłaszcza nawrotny, powinien budzić podejrzenie złośliwego bujania i przypadek powinien być szczegółowo pod mikroskopem zbadany. Ja dodałbym do tego jeszcze, że każdy polip, zwłaszcza ułożony w linii środkowej narządu, a przedewszystkiem w ścianie szyi i to górnej, powinien być bez względu na wiek pacyentki wycięty do badania głęboko z szypułą i jej podstawą, a badaniu poddaną głównie podstawa polipa.

Miłym jest dla mnie obowiązkiem złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie koledze Drowi Sołowijowi za udzielenie historyi choroby i odstąpienie materyału, a Szanownemu memu szefowi prof. Obrzutowi za zachętę do pracy i światłe uwagi.

Piśmiennictwo. 1) Pfannenstiel: Das traubige Sarcom des Cervix uteri. »Virchows Archiw.«, 1892. Bd. 113. — 2) Pick: Über Sarcome des Uterus und der Vagina im Kindesalter, und das primäre Scheidensarcom der Erwachsenen. „Arch. f. Gyn.“, Bd. 46. — 3) Pick: Zur Histiogenese und Classification der Gebärmuttersarcome. „Arch. f. Gyn.“ Bd. 48, r. 1893. — 4) A. Gessner: Das Sarcoma Uteri. Handbuch der Gynaekologie. J. Veit. 1899. — 5) Otto v. Franqué: Ueber Sarcoma Uteri. »Zeitschrift f. Geb. und. Gyn.« Bd. XL, 1899 — 6) M. Wilms: Die Mischgeschwülste. Heft 1, 1899 i Heft II, 1900

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Kilka spostrzeżeń kazuistycznych nad kiłą trzeciorzędną.

Podał

Dr. Stanisław Cięglewicz (Jasło).

(Dokończenie).

Kilak jądra. B. przybył do mnie przed mniej więcej 13 laty tak osłabiony i wyniszczony, że do wejścia na schody posługiwał się pomocą dwóch ludzi. Skarżył się, że mniej więcej od pół roku trapi go ból w krzyżach i kościach, wskutek czego spać i jeść nie może i temu też przypisuje swe znaczne wychudzenie. Oprócz tego cierpi na obrzęk jednego jądra, który, jakkolwiek nie bolesny, przecież ciąży mu bardzo i coraz to więcej się zwiększa. Obrzęk ten trwa już przeszło pół roku, a właściwie chory nie wie dokładnie, kiedy on zaczął się formować, nie czuł bowiem przytem żadnych boleści. Zresztą przedtem pacyent był zawsze zdrowy i nigdy nie chorował. Z powodu owych bólów wybiera się jechać do Trenczyna, zaś z powodu owego guza zasięgał przed dwoma miesiącami porady fachowego chirurga, który proponował mu doszczętne wycięcie zwyrodniałego jądra. Początkowo pacyent na operacyę się zgadzał; bezpośrednio jednak przed jej wykonaniem rozmyślił się i z niczem do domu powrócił. Obecnie, nie mogąc z powodu bólów coraz to dotkliwszych spać i chudnąc coraz to więcej, przyjechał do mnie po radę.

Stan obecny: Mężczyzna dotąd zupełnie mi nie znany, inteligentny, lat około 45 mający, dobrej budowy ciała, bardzo wychudzony, nie gorączkuje. Oglądając gardło (na które wcale się nie skarżył), zobaczyłem ze zdumieniem na podniebieniu twardem wrzodek, wprawdzie nie bardzo rozległy, ale powodujący już zupełne przebicie podniebienia kostnego; główka zgłębnika, wprowadzona w ten otworek, wchodziła już do jamy nosowej. Badanie nosa wziernikiem od przodu wykazuje tu stosunki prawidłowe; pacyent wogóle nie skarży się na żadne dolegliwości ze strony nosa, nie ma też pojęcia, co mu z tej strony zagraża; zapytany, zaprzecza stanowczo, jakoby był kiedykolwiek kiłą dotknięty. Narządy wewnętrzne prawidłowe, w kościach zmian żadnych, toż samo układ mięśniowy jest prawidłowy. Obrzęk jądra przedstawiał się jako guz twardy, prawie niebolesny, wielkości dużej pięści, więcej podłużny, o powierzchni mniej więcej jednostajnie gładkiej, a zbitości twardej. Drugie jądro było zupełnie zdrowe i gruczoły pachwinowe nie były obrzmiałe.

Rozpoznanie moje wobec owego przebicia podniebienia twardego było nadzwyczaj ułatwione; powiedziałem też pacyentowi stanowczo, jak rzecz się ma. Początkowo słyszeć nie chciał o leczeniu przeciwkiłowem, gdyż był przekonany, że nigdy nie uległ zarażeniu; gdy jednak go objaśniłem, co mu grozi ze strony podniebienia, a przytem postawiłem horoskop, że równocześnie przy tem leczeniu ustąpienie owych bólów rzekomo gośćcowych i obrzęku jądra za bardzo prawdopodobne uważam, zgodził się na nie i gorliwie prowadził w dalszym ciągu, czując się coraz to zdrowszym.

Rzeczywiście też terapia święciła tu swój tryumf prawdziwy, gdyż po dwumiesięcznem leczeniu (pacyent przyjeżdżał do mnie od czasu do czasu) miałem to zadowolenie, że znalazłem go zupełnie zdrowym, doskonale odżywionym, wolnym od wszelkich dolegliwości i z zarośniętym otworem w podniebieniu. Dodać muszę, że w ciągu lat najbliższych wypadło jeszcze dwa razy powtórzyć leczenie z powodu nawrotów choroby, poczem już był i jest dotychczas zupełnie zdrowym, o czem mi corocznie z daleka donosi.

Wrzodziejący kilak skóry. Przed 12 laty przyszedł do mnie Cz., pokazując na kolanie wrzód wielkości dłoni, trwający już przeszło pół roku; wprawdzie niebolesny, a przecież utrudniał chód i zginanie kolana. Z tego powodu pacyent jest zrozpaczony, zwłaszcza, że wrzód ten szerzy się coraz bardziej i głębiej; chory obawia się, że mu grozi odjęcie kończyny.

Stan obecny: Mężczyzna lat około 46 mający, miernie odżywiony i zbudowany, o zdrowych narządach wewnętrznych, a tylko na jednym obojczyku ma widoczne zgrubienie kości. Uważając je za guz kiłowy, zapytałem pacyenta, czy nie przebywał kiły, co też rzeczywiście potwierdził, że był nią przed kilku laty dotknięty. Wrzód nad kolanem przedstawiał się jako owrzodzenie głębokie; staw jednak nie zdawał się być jeszcze zajęty. Brzegi tego wrzodu były naciekłe, dość ostro od skóry zdrowej odgraniczone, na powierzchni większe lub mniejsze ziarniny, pokryte szarą wypociną, ropienie znaczne. Gruczoły pachowe nie były obrzmiałe.

Zastanawiając się nad tą sprawą, zdawało mi się, że wobec wejrzenia wrzodu, dość ostrych jego brzegów i zdrowego ustroju, mogę z pewnem prawdopodobieństwem wykluczyć wilka i raka skóry; natomiast, uwzględniając przytem ów guz obojczyka, przyjąć jad kiłowy, jako przyczynę tej choroby skórnej, wskutek czego poleciłem pacyentowi przeprowadzenie leczenia wcieraniami, miejscowo zaś na wrzód plaster rtęciowy. Wkrótce też przekonałem się, że rozpoznanie było dobre; wrzód po miesiącu się zabliźnił, a pacyent od tego czasu jest zupełnie zdrowy; choroba do dzisiaj więcej się nie odnowiła.

Kiła dziedziczna. Przypadek, który opisać zamierzam, właściwie tutaj nie należy; przecież z powodu blizkiego pokrewieństwa z poprzednimi tu znaleźć miejsce powinien, zwłaszcza, że wydaje mi się niezwykłym i interesującym.

Przy sposobności leczenia pewnego członka familii X. przed mniej więcej 10-ciu laty uderzyło mnie, że panna X. zawsze siedzi w odległym kącie pokoju i od czasu do czasu jakieś bolesne jęki wydaje. Na zapytanie, co jej może brakować, dostałem od matki odpowiedź, że jest ona chorą już od dzieciństwa na „skrofuły“. W dzieciństwie leczono ją długo i po kąpielach wożono, widząc jednak, że jej nic nie pomaga, dawno już zostawiono sprawę samej sobie. Wiedziony ciekawością namówiłem chorą, by pozwoliła się zbadać. Dowiedziałem się więc od niej, że cierpi długie lata bóle w głowie, nogach i rękach, które prawie ciągle ją trapią, a czasami tylko na krótką chwilę ją opuszczają. Chora z tego powodu unika ludzi, czując się najszczęśliwszą, gdy nikt do niej nie mówi i niczego od niej nie żąda; nigdzie też nie wychodzi, gdyż oprócz bólów obydwa kolana pokrywają guzy i utrudniają jej chodzenie. Podobne guzy ma i na głowie, tylko nieco mniejsze; guzy te powstały już dawno. Wogóle chora nie pamięta, czy kiedy zdrową była; w dzieciństwie miała mieć jakieś wysypki i wrzodziki, z powodu czego jeździła kilka razy do Iwonicza. Jeść nie może, po nocach bardzo źle sypia.

Stan obecny: Dziewczyna źle odżywiona, miernie zbudowana. Pomimo lat dwudziestu kilku miesiączki nigdy jeszcze nie miała i gruczoły sutkowe zupełnie nie rozwinięte. Skóra miękka, jakby jedwabna, kości cienkie, czoło wysokie, a okolice obydwu guzów czołowych wyraźnie wypukłone; włosy suche, cienkie i dość rzadkie; głos lekko zachrypnięty; zęby sieczne górne okazują wyraźne półksiężycowate wyżłobienie na wolnych brzegach, z koron zaś siecznych dolnych zębów wyrastają liczne strzępki kostne. Te dolne zęby wogóle są małe i źle rozwinięte. Na głowie kilka guzów, wielkości mniej więcej orzecha włoskiego, nieco bolesnych, w dotyku elastycznych, nad kością nieprzesuwalnych; nad obydwu kolanami guzy większe, nieregularne, dość twarde, zajmujące boki obydwu kolan. Narządy wewnętrzne żadnych wyraźniejszych zboczeń nie przedstawiają, uderza tylko niedokrewność ogólna i znaczne wycieńczenie całego ustroju; gorączki brak.

Ponieważ ojciec pacyentki dawno już nie żył, a matki o kiłę nie miałem odwagi się zapytać, przeto uczyniwszy tylko dla siebie rozpoznanie kiły dziedzicznej, podjąłem się leczenia, dając słabą nadzieję co do jej wyniku. Pacyentkę leczyłem wcieraniami; wynikiem tego było zupełne ustąpienie wszystkich wyżej podanych objawów chorobowych: guzy na głowie (przewlekłe zapalenie okostnej) i guzy na kolanach znikły zupełnie bez żadnego śladu, również bóle głowy i bóle w kościach. Wkrótce też po zaprzestaniu leczenia pacyentka zaczęła się rozwijać i dostała poraz pierwszy miesiączki (która też od tej pory w swoim czasie następnie przychodziła), wogóle zaczęła lepiej wyglądać i do zdrowia przychodzić.

Może w rok potem wytworzył się u niej na jednem udzie głęboki ropień, z którego po otwarciu go wydzieliła się bardzo wielka ilość brudnej ropy. Ropień ten pomimo sączkowania zagoić się nie chciał; stało się to dopiero, gdy chorej równocześnie podałem jodek potasu. W dalszym ciągu pacyentka zdrową była zupełnie przez lat kilka (może ośm); później zaczęła kaszlać (zaziębiwszy się w kąpieli), straciła łaknienie i skarżyła się na ciągły ból w brzuchu i łopatkach. Przedmiotowo, oprócz przewlekłego nieżytu oskrzeli, obrzęku i bolesności wątroby, innych zmian wybadać nie było można; pacyentka też po największej części chodziła po pokoju, czasami tylko kładąc się do łóżka; niszczała jednak widocznie. Po mniej więcej 3 miesiącach tej niedomogi znaleziono ją rano w łóżku nieżywą, leżącą w dużej kałuży krwi, która ze stolca się wydzielała. Śmierć więc nastąpiła wskutek gwałtownego krwotoku kiszkowego, którego najprawdopodobniejszą przyczyną była choroba wątroby, względnie utrudnione w niej krążenie.

Leczenie polegało początkowo na podawaniu kreosotalu i jodku potasu; gdy jednak zobaczyłem w dalszym ciągu, że KJ. jest przeciw chorobie wątroby zupełnie bezskuteczny, ograniczyłem się później tylko do leczenia objawowego.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Psychozy ostre stanowią te postacie obłąkania, które się nagle w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu rozwijają i albo kończą wyleczeniem, lub też przechodzą w psychozy przewlekłe. W tym ostatnim razie stanowią one raczej tylko ostry początek obłąkania przewlekłego. Wreszcie mogą one występować jako ostre okresy w przebiegu psychozy przewlekłej. Nietylko szybki wybuch i szybki czasowy przebieg stanowi ich cechę, lecz także samoistny i odmienny ich przebieg. W psychozach przewlekłych, dotąd omówionych, zachodziły trwale i ustalone zmiany w treści świadomości; cechę psychóz ostrych stanowią chorobowe zmiany w działaniu świadomości. A ponieważ zmieniona czynność świadomości musi pociągnąć za sobą także zmianę w jej treści, więc i tu spotykamy zmianę treści świadomości, jednak nie tak trwałą i ustaloną. W przebiegu ostrych psychóz występują także myśli swoiste, fonemy i urojenia wyjaśniające, a nadto urojenia z analogii, tj. urojenie, którego podstawą jest odnoszenie właściwości innych osób przez analogię do siebie, w myśl zasady, że co dotyka jednego człowieka, to dotyka także i drugiego. Halucynacye, trapiące chorego, odwracają jego uwagę od tego, co się w koło niego dzieje; to też wszystko to uderza go, jako mu obce, które on wyjaśnia sobie w sposób opaczny. Tak więc w odwróceniu uwagi chorego na zjawiska zewnętrzne spotykamy nowe źródło urojeń. Również zdarza się tu chorobowe tworzenie kojarzenia, polegające na tem, że pewne, dokładnie umiejscowione wrażenia chorobowe z równoczesnemi spostrzeżeniami rzeczywistemi lub chorobowemi zmysłowemi tworzą nowe pojęcia. Pewien chory sądził, że jego palec oznacza osobę lekarza, a to dlatego, ponieważ we śnie i na jawie, na myśl lub widok lekarza, doznawał dziwnego, lecz nie bolesnego uczucia w palcu. W tem nowotworzeniu kojarzenia spotykamy nowe źródło urojeń. Te same źródła dla urojeń spotykamy także w psychozach przewlekłych, ale tam mają one podrzędne znaczenie.

Do nader ważnych objawów psychóz ostrych należą halucynacye i iluzye. Pierwsze przedstawiają stany przeczulenia (hiperestezyi), drugie zaś stany zboczenia czucia (parestezyi) psychosenzorycznej. Najczęstsze i najważniejsze są halucynacye słuchowe w postaci głosów, czyli fonemy, w odróżnieniu od halucynacyi różnych szmerów i odgłosów, czyli od tak zwanych akuazmów. Te ostatnie występują czasem w przebiegu chorób gorączkowych i mają nieraz za podstawę pewne zboczenia, np. suchość błony śluzowej ust, trąbki Eustachiusza i ucha środkowego, tem samem odpowiadałyby halucynacyom z wewnętrznego podrażnienia obwodowego, tak zwanym fenacyzmom (Kahlbaum). Fone-

my przedstawiają się choremu jako głosy niezwykłe, albo też jako głosy, rzekomo pochodzące od osób w istocie obecnych lub blizkich. Po barwie i sile głosu chorzy wyróżniają przytem głosy dzieci, mężczyzn, kobiet, osób znanych sobie lub nieznanych, blizkie lub odległe i zmieniające miejsce swego pochodzenia. Chory szuka nieraz tych głosów w swem najbliższem otoczeniu, w pościeli itd. Jeżeli halucynacye są jednostronne, to słuch bywa zazwyczaj w jednem uchu upośledzony. Fonemy mogą wywoływać u chorego stany afektu, a stale prowadzą do fałszywego oceniania otaczających osób; ztąd można je nazwać fonemami, sprowadzającymi dezoryentacyę chorego. Fonemy zaczynają się nieraz i zamieniają się nieraz w chwili swego ustępowania w „akuazmy.“ Chociaż one pojawiają się tylko czasowo, a rzadko trwają stale, to jednak chory i w wolnej przerwie nieraz mimo wielkiej inteligencyi wierzy w ich rzeczywistość, albowiem każdy człowiek ufa bezwzględnie wrażeniom zmysłowym, odniesionym w chwili pełnej uwagi. Często wywołują one lęk; jeźli zaś są ciągłe i gromadne, wywołują dezoryentacyę. Zwykle samotność i cisza je wzmagają, czasem je przytłumiają, a wówczas na odwrót wywołują je zewnętrzne podniety zmysłowe (halucynacye czynnościowe Kahlbauma). Halucynacye, wywołane rzeczywistem wrażeniem lub innemi halucynacyami w zakresie tego samego lub innego zmysłu, Kahlbaum nazywa odruchowemi. Po halucynacyach słuchu klinicznie ważne są halucynacye węchu i smaku; występują one w tej formie, że chory czuje węchem i smakiem obce mu substancye, nazywane przezeń ogólnie truciznami. Gdy omamy smakowe powstają zwykle w czasie spożywania pokarmów (często nie dają się odróżnić od omamów dotykowych języka, tyczących się również wrzekomych obcych domieszek do pokarmów), to omamy węchowe trwają długo i nieprzerwanie, zwłaszcza w tej formie, iż chory czuje wstrętną woń, pochodzącą z własnego swego ciała. Te omamy ostatnie stwarzają nieraz jadłowstręt, a w psychozach przewlekłych każą rokować niepomyślnie. Omamy te są zwykle treści niemiłej, z wyjątkiem, gdy występują w późnych okresach bezwładu postępującego, w pewnych stanach zachwytu (ekstazy), u chorych histerycznych lub na tle pewnych zatruć ostrych. W ciężkich psychozach ostrych suchość w ustach i w nosie stwarza iluzye smakowe i węchowe, których od odnośnych halucynacyi prawie odróżnić nie można.

Omamy wzrokowe nie odpowiadają nigdy dokładnie rzeczywistości, przedstawiają się bowiem jako obrazy płaskie, pozbawione wymiaru trzeciego (głębokości), dla tego też często biorą je chorzy za obrazy, innym razem określają je jako cienie lub widma. Tylko w stanie półsnu (ospałości), w stanach zachwytu (extazy), lub zamroczeń świadomości, doznawane omamy wzroku posiadają cechy rzeczywistych wrażeń wzrokowych. Podobnie przedstawiają się jako rzeczywiste, ucieleśnione wrażenia, omamy wzroku w stanach silnego afektu lub w stanach ostrych zatruć, np. wyskokiem (deliria). Treść ich zależy od afektu, względnie czasowego nastroju chorego, a wywołują one często lęk. Są one wogóle rzadsze od fonemów, a jako zwykle nieodpowiadające całkowicie rzeczywistości nie wywołują tak łatwo dezoryentacyi, stają się natomiast źródłem urojeń wyjaśniających o treści indywidualnej.

Omamy dotykowe, najlepiej poznane w przebiegu obłędu opilczego *(delirium tremens)*, wywołują wrażenie pełzania po ciele chorego robactwa, gadów, wężów itd. Odosobnione omamy dotyku zdarzają się w psychozach ostrych. Omamy dotykowe polegające na uczuciu posypania lub polania ciała chorych przetworami szkodliwymi, zdarzają się często w psychozach przewlekłych z hipochondrycznem urojeniem prześladowczem. Czucie nieprawidłowego gorąca w skórze bywa zdaje się u chorych majaczących i szałowych powodem obnażania się. Omamy, polegające na czuciu uderzeń, ukłuć i innych bólów, przedstawiają nam omamy czucia ogólnego.

Omamy często kombinują się, tj. występują w zakresie kilku zmysłów i łączą się w wspólną całość taką, jaka zachodzi przy odbieraniu rzeczywistego wrażenia. Skutkiem tego łączenia się równej treści omamów słuchu, wzroku i dotyku, doznaje chory złudzenia rzeczywistości. Gdy omamy te miną, chory oświadcza, że przyszedł do siebie, tj. objawia zrozumienie chorobowości stanu poprzedniego. Tak skombinowane omamy zdarzają się zwykle u chorych w stanie wybitnego zamroczenia, a ponieważ są one wielce podobne do złudzeń przydarzających się wśród snu, przeto zwiemy je omamami sennymi. Zdarzają się one u gorączkujących w stanach znacznego wyniszczenia, w stanach chorobowego upojenia, ostrego zatrucia narkotykami, wreszcie w przebiegu padaczki i histeroepilepsyi.

Wedle *W.* halucynacye tworzą się wtedy, gdy podnieta chorobowa zadrażnia ośrodki obrazów pamięciowych, a zarazem ośrodki czucia narządów; tak więc główną cechę halucynacyj stanowi zaburzenie w świadomości cielesności. Ponieważ zaś, jak już wiemy, każde czucie narządów wywiera na nas przymus zwrócenia nań uwagi w celu obrony naszej cielesności, przeto zrozumiałym jest wpływ halucynacyi, zmierzający do zwrócenia na nią uwagi chorego i tak częste występowanie pod jej wpływem afektu lęku. Cecha omamów, że stanowią one zaburzenie w świadomości cielesności, która jest dokładną, czyni także zrozumiałą dokładność umiejscowiania omamów.

Ponieważ omamy odpowiadają najdokładniej rzeczywistym wrażeniom świata zewnętrznego, przeto musimy przyjąć, że podrażnienie, wywołujące halucynacyę, musi działać na różne pola kojarzenne w tym samym stopniu i porządku, jak podrażnienie, stanowiące dokładne odbicie rzeczywistości. Zjawisko to tłómaczy się tą hypotezą, że przy poruszeniu jednakiej kombinacyi pierwiastków kojarzących musi nastąpić zawsze ten sam proces psychiczny, a wiemy, że pierwiastki narządów zmysłowych przenoszą swą energię swoistą na cały narząd kojarzenia. Tak samo, jak wyłanianie się w pamięci naszej pewnych myśli tłómaczy się poruszeniem pewnej oznaczonej kombinacyi pierwiastków kojarzenia, tak samo musimy i senne omamy tłómaczyć poruszeniem odpowiednich jednostek czynnościowych pod wpływem jakiejkolwiek podniety, czyli innemi słowy, w jakikolwiekbądź sposób zadziała podnieta na pierwiastki, połączone w jednostki czynnościowe przez powtarzanie się tych czynności i przez wprawę, wynik tego działania podniety będzie posiadać zawsze treść oznaczoną i im właściwą. Właśnie omamy kombinowane równej treści przedstawiają nam najlepszy przykład stałości tych skojarzeń czynnościowych, które odtwarzają obraz świata zewnętrznego. Gdyby pola kojarzenne były schorzałe, to musiałyby one stwarzać chorobowo zmienione omamy; jeżeli zaś omamy odpowiadają rzeczywistości, to musimy koniecznie przyjąć, że pola kojarzenne są prawidłowe, a na nie działa gdziekolwiekbądźindziej powstała podnieta w drodze rozpromieniania *(irradiatio)*. Ponieważ patologia mózgu uczy, że większość objawów zadrażnienia polega na przeprowadzeniu podniety nieraz z odległych części mózgu, przeto nie może być wątpliwem, że większość omamów polega na zadrażnieniu odpowiednich ośrodków w drodze rozpromieniania (iradyacyi).

Przez hipermetamorfozę, objaw wykryty przez H. Neumanna, rozumiemy przymus zwracania uwagi i uświadomienia sobie wrażeń zmysłowych. Chcąc stwierdzić jego istnienie w zakresie wzroku, wyjmujemy wobec chorego nagle jakiś przedmiot, np. zegarek z kieszeni; w zakresie słuchu wywołujemy jakiś szmer, szelest, odgłos itd.; w zakresie dotyku dotykamy ręką chorego; w zakresie powonienia podstawiamy pod nos przetwór aromatyczny itd., i teraz zwracamy uwagę, jak na te bodźce chory oddziaływa. W ten sposób przekonujemy się łatwo, że jeden chory oddziaływa silniej, względnie oddziaływa już na słabszą podnietę w zakresie jednego zmysłu, n. p. wzroku, niż w zakresie innego zmysłu, n. p. słuchu, a zjawisko to tłómaczymy

sobie większą pobudliwością odpowiedniego narządu. Przy takiej wzmożonej pobudliwości najsłabsze podniety wywołują w chorym niepokój ruchowy, dlatego też trzeba takich chorych odosabniać przez wzgląd na nich samych i resztę chorych. Następstwem takiej wzmożonej pobudliwości, czyli hipermetamorfozy, jest roztargnienie chorego, tj. niezdolność myślenia w pewnym stałym porządku. Dlatego to odpowiedzi takich chorych mogą się wydawać bez związku, albowiem w chwili odpowiadania uwaga chorego wskutek hipermetamorfozy co chwila się urywa i zwraca się na chwilowe wrażenia zmysłowe. Hipermetamorfoza stanowi główne ogniwo w łańcuchu objawów, stanowiących istotę zamięszania *(Verwirrtheit)*. Z hipermetamorfozą spokrewnionym jest objaw, zwany hiperestezyą narządów zmysłowych, chociaż z nią nie może być identyfikowany. Hipermetamorfoza ma jeszcze największe znaczenie w psychozach przewlekłych, mianowicie w histerycznych. Zdarza się ona także w okresie narastania, lub zdrowienia po psychozach ostrych i sprawia u tych chorych pewną drażliwość i niezadowolenie pod wpływem wrażeń z otoczenia. Objaw ten jest także przyczyną trwożliwości chorych na padaczkę w okresie zamroczenia. Przyczyną hipermetamorfozy jest wzmożona pobudliwość komórek percepcyjnych (sensorycznych), a zatem przyczyna jej jest zawsze centralna; hipermetamorfozę spotykamy w manii z zamięszaniem, w hiperkinetycznych psychozach ruchowych, i w psychozie porażennej *(dementia paralytica agitata)*. Przyczyna zaś hiperestezyi może być ta sama, co i hipermetamorfozy, lecz często tkwi ona obwodowo w schorzałych nerwach obwodowych.

W przebiegu psychóz ostrych zjawiają się pewne objawy ruchowe, będące odczynem na wrażenia silne, odbierane z narządów; dowodzą one silnego zamroczenia sensoryum. Objawy te bywają nieraz podobne do rzucania się (jaktacyi) porażonych lub padaczkowych w okresie zamroczenia; trwają one nieraz po kilka tygodni i są w swej jakości jednostajne. Często występują one z rykiem lub krzykiem, jako oddziaływanie na lęk, wywołany przykremi sensacyami ze strony narządów, n. p. krtani, serca, macicy i t. d. Innym razem objawiają się z tej samej przyczyny w formie nieokreślonego niepokoju chorego. Na tle tych objawów może powstać w dołączeniu afekt bezradności *(Ratlosigkeit)*, lub pewne urojenia wyjaśniające. Dla wytłómaczenia powstania tych objawów ruchowych zmuszony jest *W.* zarzucić swój szemat dotychczasowy psychicznego łuku odruchowego *(Cs — A — Z — Cm)*, co usprawiedliwia tem, że natura nie postępuje wedle szematów; w tym celu przyjmuje *W.* dodatkowo szemat bezpośredniego połączenia *Cs* z *Cm.*, który wyjaśnia, iż pewne ruchy, wywołane czuciem narządów, a służące do obrony zagrożonego narządu, odbywają się bez współudziału myślenia. Chorobowe czucia narządów mogą w tej bezpośredniej drodze od *Cs.* do *Cm* wywołać stany akinetyczne, czyli zupełnego bezruchu; np. w zakresie zdrowia umysłowego wywołuje kolka żółciowa, lub nerkowa skutkiem bólu niemożność poruszania się.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Schwarzwäller: **Spędzanie płodu zapomocą trucizn.** *(Berl. klin. Wochen.*, Nr. 7, 1901). Najczęstszym środkiem, używanym do spędzenia płodu w okolicach Szczecina, są przetwory ołowiu, jak biel ołowianna i białokruс, zażywane jednorazowo w ilości łyżeczki. Poronienie następuje zazwyczaj nie zaraz, ale dopiero po kilku dniach, wskutek zatrucia ołowiem całego ustroju. Jako objawy charakterystyczne dla zatrucia ołowiem podaje S. bladość skóry i błon śluzowych, wolne tętno, silne bóle w podbrzuszu, nie odpowiadające zmianom w częściach rodnych i zczernienie brzegu dziąseł przy nasadzie zębów. Rokowanie w zatruciu ołowiem jest dobre; następuje zazwyczaj zupełne wyleczenie po zastosowaniu odpowiedniego leczenia. Do leczenia poleca autor makowiec, jodek potasowy i nacierania proszkiem siarki. *P.*

Mertens: **Biologiczny sposób wykazania, że białko w moczu pochodzi z krwi.** *(Dts. med. Wchs.* 1901, Nr. 11). Wstrzykując królikom rozczyny białka kurzego można otrzymać z nich surowicę, wywołującą strąt w białku kurzem; zapomocą zaś surowicy krwi ludzkiej można nadać surowicy królików w podobny sposób tę własność, iż wywołuje strąt białka w surowicy ludzkiej. W ten sposób zatem można sposobem biologicznym odróżniać białka różnego pochodzenia. Leclainche i Vallée, wstrzykując królikom mocz ludzki z przypadków białkomoczu, otrzymali surowicę, strącającą natychmiast białko w każdym moczu, który je zawierał. Z tych danych wniósł autor, że jeżeli białko, znajdujące się w moczu w przypadkach zapalenia nerek, istotnie pochodzi z krwi, to surowica królików, którym wstrzykiwano bądźto surowicę ludzką, bądź mocz ludzki, zawierający białko, powinna wywoływać strąt zarówno w surowicy ludzkiej, jak i w moczu z przypadków zapalenia nerek. W wykonanych następnie doświadczeniach przypuszczenie to zupełnie się sprawdziło. *C.*

Gottstein i Michaelis: **W sprawie niszczenia prątków gruźliczych w tłuszczach pokarmów.** *(Deut. med. Wchs*, 1901, Nr. 11). Oznaczenie ciepłoty, zabijającej na pewno prątki gruźlicze, ma wielkie znaczenie ze względu na wyjałowienie środków spożywczych. Ciepłota ta może się wahać zależnie od otoczenia, w jakiem znajdują się prątki. Posiadają one bowiem ochronną zewnętrzną warstwę woskowatą, która utrudnia ich zabicie, jeżeli znajdują się w otoczeniu cieczy wodnistych, która natomiast, łatwo rozpuszczając się w tłuszczach, nie stawia oporu zniszczeniu prątków, jeżeli one są otoczone tłuszczami. Zdawałoby się więc, że prątki, znajdujące się w tłuszczach pokarmów, ginąćby powinny w stosunkowo niskiej ciepłocie. Sprawa ta domagała się koniecznie wyjaśnienia wobec twierdzenia Rabinowitschówny, że prątki gruźlicze, mogące znajdować się w margarynie, rozpowszechnionym dziś środku spożywczym, nie giną nietylko w ciepłocie 87° (która nie zmienia jeszcze niekorzystnie smaku tłuszczów), ale nawet w wyższej. W rzeczywistości jednak okazuje się, że rzecz nie ma tej doniosłości praktycznej, jak się na pozór wydaje, a to mianowicie dlatego, ponieważ przy wyrobie margaryny używa się ciepłoty z pewnością zabijającej prątki, a nadto nikt jeszcze dotąd nie wykazał w margarynie handlowej obecności prątków. Rabinowitsch przytoczyła wyniki dotyczących badań Scali i Alessiego błędnie; badacze ci bowiem wcale nie znajdowali prątków w margarynie handlowej, a do doświadczeń swych posługiwali się margaryną, sztucznie przez siebie zakażaną. Co więcej, używając do wyjaławiania tak zakażonej margaryny ciepłoty tylko 50° C., tylko w jednem ze swych doświadczeń stwierdzili, że prątki gruźlicze w tej ciepłocie nie zginęły. By jednak rzecz ostatecznie wyjaśnić, wykonali Gottstein i Michaelis 17 doświadczeń na świnkach morskich, posługując się również sztucznie zakażoną margaryną. Padły na gruźlicę tylko te świnki, którym wstrzyknięto margarynę, zawierającą prątki gruźlicze i ogrzaną do 40° C.; natomiast z 13 świnek, którym wstrzyknięto margarynę zakażoną i ogrzaną potem do 87° C., żadna nie padła ani nie zachorowała na gruźlicę. *C.*

Prof. Rydygier. **Doświadczenia z operacyj, wykonanych na żołądku** w czasie od roku 1880 do dnia dzisiejszego. *(Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Krytyczne i bezstronne zestawienie dat, zaczerpniętych z piśmiennictwa, wykazuje niewątpliwie, że utarta dziś nazwa dla znanego sposobu wycinania odźwiernika „I-szy sposób Billrotha“, jest metodą poraz pierwszy przez autora użytą i dokładnie w r. 1880 opisaną, zatem jest to „sposób Rydygiera wycinania odźwiernika“.

Wycięcie odźwiernika zaleca autor nietylko w przypadkach raka, ale i wobec wrzodu okrągłego odźwiernika, z tem jednak zastrzeżeniem, jeżeli na zabieg ten, poważniejszy niż gastroenterostomia, dozwalają siły chorego i stosunki miejscowe (brak rozległych i zwartych zrostów, a w razie raka nieznacznie tylko zajęte gruczoły etc.). Wycięcie odźwiernika wobec raka nie potrzebuje uzasadnienia; raka musimy operować doszczętnie, — a to jedyna doszczętna operacya. Natomiast wobec wrzodu żołądka wielu operatorów woli gastroenterostomię; Rydygier jest zasadniczym zwolennikiem polyrektomii i wobec tego cierpienia, jakkolwiek pozbawionego cech nowotworu złośliwego, a stanowiska tego broni następującymi argumentami: 1) fakt, że na tle blizny po wrzodzie okrągłym, lub może wprost z brzegów owrzodzenia, wyrasta rak, staje się coraz pewniejszym; 2) gastroenterostomia nie chroni chorych przed późniejszymi krwotokami z wrzodu, czasami nawet śmiertelnymi, jak o tem pouczają autora własne jego spostrzeżenia; 3) wycięcie odźwiernika nie sprawi chirurgowi nigdy takiej niespodzianki, jak „circulus vitiosus“, zdarzający się niekiedy po gastroenterostomii. W końcu jako wskazanie do wycięcia ścian żołądka, ewentualnie odźwiernika, przytacza autor: *a)* gwałtowny

krwotok z wrzodu żołądka, nie ustępujący przy leczeniu wewnętrznem, i gdzie na zabieg ten starczą jeszcze siły chorego: *b)* przedziurawienie wrzodu żołądkowego.

Szkicując technikę operacyjną zaznacza autor, że stale używa swego cięcia skośno-kątowatego, które dozwala szanując możliwie krzywiznę dużą zająć cięciem całą krzywiznę małą, wzdłuż której przeważnie sadowią się gruczoły chłonne, zajęte przerzutami raka. Obecnie używa szwu dwurzędnego, zwłaszcza od czasu odpowiednich zaleceń Hartmanna i Terriera. Pierwszy rząd zachwytuje całą grubość ścian żołądka i jelita, drugi tylko błonę surowiczą i mięsną. Szyje tylko katgutem i zawsze, jak to pierwszy przed laty zalecił, zakłada szew ciągły. Szyjąc baczną zwraca uwagę na punkt, w którym się schodzi szew zwężający światło żołądka i łączący dwunastnicę z żołądkiem. Guzika Murphyego nigdy nie używa i uważa go za rzecz zupełnie zbyteczną.

Wśród krystalizowania się tych zasad wykonał R. w różnych czasach 100 operacyj na żołądku, a mianowicie: wycięcie odźwiernika 32 razy, gastroenterostomią 64, gastrostomią 3, rozszerzenie odźwiernika 1. W zestawieniu tem zaznaczają się bardzo wyraźnie 3 okresy: I w Chełmnie, II w Krakowie i III we Lwowie. Bardzo różną jest śmiertelność w tych okresach. Nad przyczyną tego zastanawia się autor i przychodzi do przekonania, że na wynik pooperacyjny wpływa nie tylko dobór odpowiednich przypadków (Chełmno). lecz w niemniejszym stopniu odpowiednie i dbałe pielęgnowanie chorych po operacyi (w Chełmnie klinika prywatna, we Lwowie siostry miłosierdzia), rozumne przygotowanie chorych przed operacyą (Lwów), a w ostatnich czasach wprowadzenie w miejsce uśpienia znieczulenia miejscowego sposobem Schleicha (Lwów). Dzięki tym różnym wpływom tak np. rozmaicie przedstawia się odsetek zejść śmiertelnych po gastroenterostomii. W Chełmnie gastroenterost. z powodu raka + 100%, z powodu wrzodu + 0%. W Krakowie gastroenterost. z powodu raka + 50%, z powodu wrzodu + 100%. We Lwowie gastroetenrost. z powodu raka + 31·5%, z powodu wrzodu + 9·5%.

Największa liczba chorych umierała z powodu wycieńczenia i zapadu; dużo z powodu zapalenia opadowego płuc; w kilku przypadkach przyczyną śmierci było zapalenie otrzewnej, a w dwóch skrwawienie z wrzodu istniejącego. *Herman.*

Dr. Wilhelm Knoepfelmacher. **Nerka wędrująca i macalność nerek w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 53, 3 B, 3 H, 1901). Badanie nerek u osesków 2–3 miesięcznych odbywać się powinno, zdaniem autora, przez kiszkę stolcową. Dziecko leży w położeniu grzbietowem, względnie bocznem: badający ugniata ręką lewą na okolicą lędźwiową, a palec wskazujący ręki prawej wprowadza do kiszki stolcowej i idąc nim w kierunku zagięcia esowatego wyczuwa ½ a nawet ⅓ nerki, częściej prawej, rzadziej obu nerek. Autor opisuje dwa przypadki macalności nerek, spostrzegane w wiedeńskim szpitalu Karoliny. W przypadku pierwszym, dotyczącym dziecka 9-cio miesięcznego, stwierdzono na stole sekcyjnym obok znacznej ruchomości obu nerek również przesuwalność śledziony i wątroby, zwieszającej się na dość długiem więzadle, skutkiem czego skręciła się koło swej osi.

Przypadek drugi dotyczy dziecka 4-ro miesięcznego, u którego stwierdzono na stole sekcyjnym lewostronną nerkę wędrującą, co wobec nader młodego wieku osesko i wobec zajęcia nerki lewej, przyjąć należy jako wrodzone.

Przypadki przemieszczenia nerek z nadmierną ich ruchomością są rzadkie, a opisane zostały przez Grubera i Channeya. W samem przemieszczeniu nerek, w myśl teoryi Ortha, należy szukać wrodzonej skłonności, prowadzącej przy działania pewnych czynników do nerki wędrującej. *Bolesław Komorowski.*

Prof. Dr. Jaksch: **Wielorakie zmiany chorobowe w okostnej i wynik badania krwi, przypominający białaczkę pochodzenia szpikowego.** (*Prag. med. Wochenschrift* XXVI., Nr. 1, 1901). Służąca, 21 lat licząca, której cierpienie rozpoczęło się przed kilku miesiącami klującymi bólami w obu stawach łokciowych, potem w stawach pięści i w lewej pięcie, a następnie w prawej tak, że nietylko pracować, ale i chodzić nie mogła, po bezowocnem leczeniu w szpitalu zgłosiła się do kliniki Prof. Jakscha w Pradze. Wywiady wykazały wtenczas, że regularność z chwilą pojawienia się cierpienia ustała, badanie zaś wykazało nieznaczne rozszerzenie stłumienia serca ku stronie lewej, zgrubienie kości piętowej, bolesność jej i zaczerwienienie na niej skóry, jak nie mniej znaczne powiększenie śledziony. Badanie moczu zmian żadnych nie wykazało.

Gdyby nie obrzmienie śledziony, leukocytoza i wynik badania krwi, wskazujący na szpikową białaczkę, możnaby objawy przytoczone odnieść do istnienia gośćca stawowego. Wśród spostrzegania chorej, od 23-go lipca do 9-go grudnia gorączka z małemi jedynie przerwami była stale przepuszczająca; do silnych bólów przyłączyły się zgrubienia na kościach i to najpierw na pięcie lewej, potem na kości sprychowej i łokciowej. Badanie promieniami Roentgena (10-go sierpnia) wykazało w tych kościach zmiany, wychodzące z okostnej, które w następnych miesiącach znacznie się rozwinęły, zajmując bark, kość sprychową, łokciową, obojczyk, podstawę członków palców, kilka kości śródręcza i śródstopia, rękojeść mostka i żebra. Silne bóle w zajętych kościach utrzymywały się stale. Powtórne badanie promieniami Roentgena wykazało, szczególnie na kości sprychowej i łokciowej, sprawę destrukcyjną, wychodzącą z okostnej, która na obu piętach, lewej kości sprychowej, na kościach śródstopia nogi lewej i na wielkim palcu doprowadziła już do zmian w tkance kostnej. Badanie krwi, wykonywane z całą ścisłością naukową, wykazało zmniejszenie leukocytów z 50,000 (26-go lipca) na 15,000 (27-go listopada) i dało obraz podobny do białaczki szpikowej; ze względu zaś na ciałka czerwone krwi odpowiadało raczej cięższej postaci niedokrwistości, aniżeli białaczce. Bardzo ważnem jest, że przez cały czas obserwacyi nie wykazano ani razu zwiększenia limfocytów, że w moczu nie było najmniejszego śladu białka i istot białkowatych, równie we krwi, w której zawartość białka była zmniejszoną, ilość wody była zwiększoną, a nadto istniała przejściowa hemoglobinemia. Badanie przemiany materyi poza zmniejszeniem wydzielania kwasu fosforowego i wapna nie wykazało zmian żadnych.

Po dokładnem porównaniu podobnych przypadków w piśmiennictwie przychodzi J. do przekonania, że w przypadku tym chodzi o niespostrzeganą dotąd postać zajęcia kości, przy atypowej, właściwej szpikowej postaci białaczki, lub, co jest najprawdopodobniejsze dla właściwej, a nie spostrzeganej dotąd choroby kości, nie wykluczając stanowczo jakiejś sprawy nowotworowej, wychodzącej od okostnej.

Na sprawę chorobową składają się 3 główne objawy, t. j. zajęcie okostnej, obrzmienie śledziony i myelocytemia, jak nie mniej poty i z początku silne, w miarę zaś przebiegu choroby zmniejszające się bóle w kościach.

Stosownie do przebiegu sprawy chorobowej, J. oznaczył powyższy przypadek jako wieloogniskową chorobę kości, wychodzącą z okostnej, z obrazem krwi podobnym do szpikowej białaczki. Chodzi tutaj według J. o schorzenie układu kostnego, głównie kości piszczelowych i to przyrody nowotworowej lub zapalnej, za którą to ostatnią przemawia stałe utrzymywanie się gorączki.

Wiele szczegółów, odnoszących się do badania krwi, jego wyniku i zmian przedstawionych w kościach na odpowiednich, a dobrych i jasnych roentgenogramach, muszą być przejrzane w oryginale. *Nartowski.*

A. Neumann. **Hernia retrocoecalis incarcerata wyleczona przez laparotomię.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Przepukliny wewnętrzne uwięzłe rzadko bywają przedmiotem klinicznego leczenia. Chory, opisywany przez autora, zgłosił się z objawami ostrej niedrożności przewodu pokarmowego i bez pewnego rozpoznania zgodził się na operacyę. Dopiero po otwarciu jamy brzusznej spostrzeżono, że chodzi o uwięźnięcie pętli jelita cienkiego w worku przepuklinowym popod jelitem ślepem, a między tylną ścianą brzuszną. Brama przepuklinowa drożna dla dwóch palców. Pętla uwięzła łatwo uwolniła się przez proste pociągnięcie. Z powodu złego stanu ogólnego bramy nie szyto. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

Dobéris: **O wpływie wstrzykiwań lędźwiowych kokainy na skurcze macicy.** (*Klin. therap. Wochen.*, Nr. 8, 1901). Wstrzykiwania lędźwiowe rozczynów kokainy prócz własności znieczulającej posiadają także własność sprowadzania skurczów macicy. Jednorazowe wstrzyknięcie 0·01 kokainy sprowadza po kilku już minutach zupełnie prawidłowe bóle porodowe. Dlatego D. przestrzega przed użyciem wstrzykiwań lędźwiowych kokainy u osób ciężarnych, bo można sprowadzić poród przedwczesny. Na odwrót korzystając z tej własności wstrzykiwań poleca je w celu wywołania porodu przedwczesnego lub poronienia, dalej — w celu wzmocnienia bólów porodowych, wreszcie tam, gdzie chodzi o jak najszybsze ukończenie porodu, a więc w rzucawce porodowej. *T.*

M. Borchardt. **Guz zapalny pochewki ściegnistej** (*Ganglion*) **w ściegnie mięśnia trójgłowego.** (*Archiw. Langenbecka* T. 62, 73). Autor opisuje przypadek, w którym guz zapalny pochewki ściegnistej rozwinął się w ściegnie m. trójgłowego ramienia. Badanie mikroskopowe wykazało budowę typową dla tych utworów. Spostrzeżenie to daje autorowi sposobność do wypowiedzenia zapatrywania, że guz wspomniany w ogóle nie pozostaje w żadnym bezpośrednim związku z torebką stawową, lub ściegnistą, a jest tylko wytworem przeobrażenia śluzakowatego tkanki ściegien lub okostnej. *Herman.*

Dr. P. Herz: **Przyczynek do wycinania żyły podskórnej odgoleniowej dużej** (*vena saphena major*) **sposobem Trendelenburga.** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Autor wykonuje operacyę tę, zaleconą przez Trendelenburga przeciw żylakom, prowadząc cięcie poprzeczne na zewnętrznej powierzchni uda, na granicy między dolną a środkową ⅓ częścią. Operując tak, wyszukać można wszystkie gałęzie tej żyły i wyciąć je; pozostawienie ich bowiem było powodem nawrotów cierpienia w wielu przypadkach. *Herman.*

VI. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Boinet (Marsylia): *Czynności nadnercza.* Nadnercza u szczurów leżą tak ruchomo i przystępnie, że je od strony grzbietu z łatwością wyciąć można; po wykonaniu takiej operacyi niektóre zwierzęta żyły jeszcze przeszło rok. Na kilkaset podobnych zabiegów 20 razy rozwinęła się następowo choroba Addisona; znaleziono czarny i brunatny barwik we krwi, komórkach i narządach wewnętrznych (wątrobie, śledzionie i gruczołach).

Sansoni i Serono: *O zatruciu fosforem.* W przypadkach ostrego zatrucia fosforowego znacznie się zwiększa tłuszcz wątroby, pochodzący z wyższych kwasów tłuszczowych. Jedna część tłuszczu tworzy się skutkiem tłuszczowego zwyrodnienia samej wątroby prawdopodobnie przez zniszczenie tłuszczorodnych istot (lecytyny, białka): daleko zaś większa część pochodzi z kwasów tłuszczowych, ale nigdy ze zwykłej podściółki tłuszczowej.

Blum (Frankfurt n. M.): *Nowe, na doświadczeniach oparte, drogi, prowadzące do rozpoznania i leczenia chorób, wynikłych z samozatrucia.* W ustroju tworzą się zawsze pewne jady, które w prawidłowych warunkach bywają niszczone przez gruczoł tarczykowy, lub co najmniej pozbawione swych szkodliwych własności. Istota i ilość tych jadów, powstających najprawdopodobniej w przewodzie pokarmowym (enterotoksyny), wytwarzają się z gnicia istot białkowatych i są też zależne od drobnoustrojów, owo gnicie sprowadzających. Jeśli ustaje czynność gruczołu tarczykowego, a „enterotoksyny“ mogą bezkarnie rozwinąć swój wpływ na ustrój, wówczas wytwarzają się ciężkie zaburzenia, z któremi bez wyjątku łączą się także zmiany anatomiczne w poszczególnych narządach. W przypadkach gwałtownego przebiegu choroby zmienia się tylko układ nerwowy ośrodkowy, skoro zaś enterotoksyny wywierały swój zgubny wpływ, można również stwierdzić zmiany w nerkach w postaci miąższowego zwyrodnienia, lub (najczęściej) bujania tkanki łącznej i nacieku naokoło kłębków (*nephritis autointoxicatoria*). (Prelegent okazuje preparaty). Owe, do doświadczeń użyte zwierzęta, które wyzdrowiały bądź samoistnie, bądź skutkiem odpowiedniego leczenia (mimo usunięcia gruczołu tarczykowego), posiadają w swej krwi ciała ochronne, przeciwdziałające jadowitym enterotoksynom. Wyniki tych doświadczeń wykazują z wielkiem prawdopodobieństwem, że i u ludzi większa ilość cierpień, aniżeli dotychczas przyjmowano, stoi w przyczynowym związku ze zmianami w przewodzie pokarmowym i niedostateczną czynnością gruczołu tarczykowego, upraszczają jednak dotychczasowe pojęcie o istocie niektórych chorób tego gruczołu. Także i wskazówki lecznicze dadzą się z nich wysnuć.

Launois i Loeper: *Tętno nad żyłą odgoleniową (saphena) przy niedomykalności zastawki trójdzielnej.* U 41-letniej kobiety ze zwężeniem lewego ujścia żylnego na tle gośćca stawowego pojawiły się skutkiem nadmiaru pracy objawy niedomykalności zastawki trójdzielnej, rozstrzeń prawego serca, tętnienie żył szyjnych (*Jugularpuls*) i wątroby, nadto skurczowe tętno nad żyłą odgoleniową i innemi żyłami kończyn dolnych. Skurczowa cecha tętna żyły odgoleniowej odróżnia je wielce od tętna wszystkich innych żył, jak to prelegenci okazują obrazowo na liniach krzywych. Wytworzenia się tego objawu nie można odnieść do zmniejszonego parcia śródżylnego, lecz trzeba wyłącznie kłaść na karb braku zastawek w zakresie żyły głównej niższej (*v. cava inferior*), której tętnienie jest stałym znakiem niedomykalności zastawki trójdzielnej (Friedreich). Natomiast brakują szmery i pomruk (frémissement) nad żyłą udową i odgoleniową, pojawiające się u osób niedokrewnych, chociaż dotykiem stwierdzić można wsteczne falowanie. Przytoczone objawy obwodowe upośledzonego krążenia są w każdym razie pomyślniejsze, aniżeli środkowe, albowiem zapobiegają, przynajmniej przez pewien czas, zastojowi w narządach brzusznych, a szczególnie w nerkach.

Rozprawy: Jako ciekawy szczegół opisanego przypadku uważa Potain brak obrzęków, dający się wyjaśnić nieistnieniem przeszkód dla żylnego odpływu.

Bernheim (Paryż): *Gruźlica a kiła.* U 43 chorych stwierdził prelegent wikłanie się tych dwóch chorób — okoliczność, która się nie wyda dziwną, jeśli się zważy częstość ich występowania; można powiedzieć, że kiła przysposabia grunt dla gruźlicy, szczególnie dlatego, że wytwarza wrota, przez które prątki dostają się do ustroju. Zgubny wpływ wywiera kiła w późniejszych okresach gruźlicy. Jeżeli sprawa się ma na odwrót, t. j. jeśli gruźlica przyłącza się do już istniejącej kiły, należy w pierwszym i drugim okresie rokować ostrożnie, w trzecim rokowanie jest dobre, albowiem jad kiłowy się wyczerpał. Suchotnicy kiłowi źle znoszą rtęć w pierwszym i drugim okresie choroby; dlatego trzeba najpierw poprawić higieniczne i dyetetyczne warunki, nim się zastosuje leczenie rtęcią, które nadto należy powtarzać w większych odstępach czasu.

Barié: *Złośliwe zapalenie wsierdzia w przebiegu ostrego gośćca stawowego.* Pojawienie się złośliwego zapalenia wsierdzia (*endocard. maligna*) w przebiegu ostrego gośćca stawowego jest rzadkiem zjawiskiem: prelegent podaje dwa tego rodzaju przypadki o zejściu niepomyślnem. W pierwszym badanie pośmiertne wykazało świeże brodawkowate zapalenie wsierdzia (*endocard. verrucosa*) na zastawce dwudzielnej, ostrą rozstrzeń serca i zapalenie mięśnia sercowego: w drugim nie znaleziono żadnych wyraźnych zmian anatomicznych, wobec czego należy myśleć o zakażeniu krwi drobnoustrojami gośćca stawowego i ich jadem, lub też o następowem zakażeniu po pierwotnem zapaleniu wsierdzia. Wreszcie podane przypadki wykazują, że społeczno-higieniczne warunki chorych (złe odżywianie się, nadmiar napojów wyskokowych) powiększają skłonność do tych ciężkich cierpień sercowych.

Eid (Kairo): *Ciężkie zmiany na zastawkach serca po nadużywaniu tytoniu.* Prelegent podaje 3 przypadki ciężkich zmian zastawkowych, które się zakończyły śmiercią. Z uwagi, że sekcya nie odkryła żadnych przyczyn wyjaśniających, przyjęto jako źródło choroby nadmierne palenie tytoniu i cygar, zwyczaj zresztą w Egipcie bardzo rozpowszechniony.

Rozprawy: Rendu (Paryż) spostrzegał bardzo często na Korsyce (gdzie również wiele palą) przypadki dusznicy bolesnej, powikłanej z wadami zastawkowemi, dla której również wykryć nie można innych przyczyn.

Paulesco (Paryż): *O leczeniu tętniaków tętnicy głównej żelatyną.* Prelegent, omawiając metodę leczenia tętniaków podaną przez siebie i Lancereauxa, a zasadzającą się na podskórnem wstrzykiwaniu żelatyny, donosi o kilku pomyślnym skutkiem uwieńczonych przypadkach chorobowych. Dla lepszego wyjaśnienia działania okazuje preparat wielkiego worka tętniakowego, wypełnionego prawie w zupełności skrzepami włóknikowymi.

Fornario (Kairo): *Ostra rozstrzeń serca w przebiegu zimnicy.* Na 55 przypadków zimnicy, stwierdzonej przez badanie krwi, 13 razy rozpoznał prelegent ostrą rozstrzeń serca, udowodnioną nadto Roentgenowskiem prześwietlaniem. Z objawów klinicznych występuje na pierwszy plan osłabienie serca, rozwijające się i ustępujące równocześnie z obrzękiem śledziony i wątroby przy każdym napadzie zimnicy, niezależnie od podniesionej ciepłoty. Jasnej przyczyny nie można dotychczas wykazać: prawdopodobnie jest rzeczona rozstrzeń następstwem trującego jadu pasorzytów zimniczych.

Rummo (Palermo): *Opadnięcie serca (Cardioptosis).* Rummo opisuje opadnięcie serca, jako nowe samoistne cierpienie: serce się obniża, względnie opada, skutkiem pierwotnego zwiotczenia więzadeł: związku z opadnięciem jelit tu niema żadnego, albowiem jedno bez drugiego może występować niezawiśle: ostatni szczegół odnosi się także do zwapnienia tętnic. Do rzeczonego cierpienia są skłonni ludzie o smukłym kośćcu, podłużnej klatce piersiowej, słabych mięśniach i skąpej podściółce tłuszczowej. Opadnięcie serca może być częściowe lub zupełne, przyczem serce opiera się o przeponę, przechylając się wówczas na stronę lewą. Skutkiem takiej zmiany powiększa się tętnica główna, a zwłaszcza jej łuk, tony nad wielkiemi ujściami są słyszalne w 3-cim lub 4-tym przestworze międzyżebrowym, a półksiężycowata przestrzeń Tranbego zmniejsza się; czasem obniżają się także lewy płat wątroby i granice płuc, podobnie jak przy rozedmie. Z objawów podmiotowych zasługują na uwagę: uczucie ucisku w piersiach, trwoga, brak tchu, bicie serca, dusznica bolesna, przyspieszenie lub zwolnienie tętna i liczne, atoli niestałe, objawy neurasteniczne. Cierpienie jest dziedziczne lub wrodzone. Jako przyczynę uważać należy — jak wspomniano — zluźnienie elastycznej tkanki naczyń, szczególnie tętnicy głównej.

Huchard (Paryż): *Niemiarowość (arythmia) serca.* Na tle zwapnienia tętnic odróżnia prelegent dwie postacie niemiarowości serca: *a)* napady niemiarowości okresowo i nagle występujące o nieregularnych uderzeniach serca, w międzyczasie zaś prawidłowa czynność serca; *b)* utajone, nieznaczne rozwijanie się niemiarowości, trwające całemi latami, nie wywołujące żadnych czynnościowych zaburzeń, aż dopiero grypa, wzburzenie umysłowe, błąd dyetetyczny i t. p. stają się przyczyną braku tchu i bicia serca. Właśnie ta ostatnia postać może być bardzo niebezpieczną już z tego powodu, że naparstnica nań wcale nie działa, a powtóre — stan po niej się pogarsza; prelegent spostrzegał, że po małych dawkach następowała śmierć chorego. (C. d. n.)

VII. Woda z wodociągu krakowskiego.

Z powodu licznych skarg na wodę wodociągową, jakie do nas dochodziły zaraz po otwarciu wodociągów do publicznego użytku, osobliwie z miejsc odległych od środka miasta, został przeprowadzony w Zakładzie do badania środków spożywczych rozbiór wody, pochodzącej z trzech różnych studni, położonych na przedmieściach, w których to studniach woda była istotnie z początku nieco zanieczyszczona. Wyniki tego badania, dokonanego przez p. Józefa Hetpera, podane są w załączonej tablicy i zestawione z wynikiem rozbioru, przez niego dokonanego bezpośrednio po otwarciu wodociągu. Pierwszy rozbiór dokonany był najszczegółowiej.

Dzień i miejsce zaczerpnięcia wody		Z kurka c. k. Zakładu. Ul Strzelecka, 9. — Czerpana przy badaniu.	Ze studni: Ulica Strzelecka—Lubicz, około 11-ej rano 22/3 1901	Ze studni: ul Zwierzyniecka—Retoryka, około 11-ej rano 22/3 1901	Ze studni: ul. Sobieskiego—Siemiradzkiego, około 11-ej rano 22/3 1901
Data rozbioru chemicznego		Koniec lutego 1901, bezpośrednio po otwarciu wodociągu	22—23, marca 1901	22—23 marca 1901	22—23 marca 1901
Cechy zewnętrzne		czysta	czysta	czysta	czysta (b słabo opalizująca
Pozostałość suszona w ciepłocie 100°C	Miligramów w 1 litrze wody	378·8	375·0	376·0	377 5
Pozostałość wyżarzona i zamieniona w węglany		—	345 0	34 0	342 5
Utrata przy żarzeniu		—	30·0	36 0	35·0
Wapno (CaO)		149 8	—	—	—
Magnezya (MgO)		17·5	—	—	—
Amoniak		nie ma	nie ma	nie ma	nie ma
Chlor		16·0	16 0	16·0	16 0
Kwas azotawy		nie ma	nie ma	nie ma	nie ma
Kwas azotowy		2·6 met. Schulzego (ślady)	ślady	ślady	ślady
Kwas siarkowy		17·5 (ślady)	ślady	ślady	ślady
Kwas krzemowy		12 0	—	—	—
Ciała organiczne redukujące (ilość kameleonu w mg.)		1 mg.	1 3 mg	1 mg.	1 mg.
Twardość z alkaliczności		7·8° niem.	7·5° niem.	7·5° niem	7·5° niem

Z zestawienia tego widać, że skład chemiczny wody wodociągowej jest obecnie wszędzie prawie zupełnie jednostajny i z higienicznego punktu widzenia zupełnie zadowalniający. Zanieczyszczenia wody, jakie się tu i owdzie zaraz po otwarciu wodociągu spotykały, pochodziły od niedostatecznego przepłókania bocznych rozgałęzień rur w domach, nie zaś z głównej sieci rur w mieście. Słaba opalizacya wody z ulicy Sobieskiego pochodzi też zapewne jeszcze od tejże przyczyny, pomimo to skład jej nie różni się od innych.

A. Wróblewski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4 kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Doc. L. Korczyński miał odczyt p. t. »Pogląd na rozwój i obecne stanowisko organoterapii.« (Część II).

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło dnia 29 marca posiedzenie naukowe, na którem kol prof. Rydygier przedstawił 9-letniego chłopca po operacyi raka odbytnicy i przypadek choroby Glenarda, leczony operacyjnie. Kol. Ruff mówił o *spondylosis ankylotica* i demonstrował odnośnego chorego Kol. prof. Beck okazał przyrząd, oznaczający ruchy serca Kol Slęk demonstrował ciało obce, wydobyte z przełyku, oraz niektóre ciekawsze zdjęcia Roentgenograficzne.

* Towarzystwo Samopomocy lekarzy rozesłało odezwę, na którą zwracamy uwagę Czytelników naszych. Czyniąc zadość swej nazwie »samopomocy,« a przedewszystkiem istotnej i jedynej racyi swego istnienia, Towarzystwo w odezwie wskazuje przyjęcie przez Komitet agentury ubezpieczeń na życie, jako jedno z obfitych źródeł wytworzenia funduszu zapomogowego. Odezwa zawiera szczegóły liczbowe i wymienia korzyści, jakie odniosą członkowie Towarzystwa samopomocy, o ile czynnem poparciem przyczynią się do utworzenia takiego funduszu.

Cel odezwy jest tak jasny, korzyści dla członków tak namacalne, a współudział ich w zamierzonem dziele tak łatwy, że właściwie odezwa Komitetu Tow. samopomocy lekarzy, o której piszemy, poparcia nie potrzebuje, a wystarczy ją przeczytać i zważyć własny interes, ażeby wspólnie z Komitetem przystąpić do jednego z szczęśliwie pomyślanych dzieł »samopomocy.«

* Sprawozdanie z czynności pracowni chemicznej miejskiej za r. 1900, zestawione przez Doc. Dr. J. Lembergera, objaśnia nas w dwóch kierunkach: poucza o rozmiarach działalności tej instytucyi, oraz ostrzega publiczność, które mianowicie pożyczki bywają najczęściej fałszowane, w jakim stopniu i jakim sposobem.

Przytoczymy tylko szczegóły, odnoszące się do pożywek powszechnie używanych. Mleka badano 1589 próbek. z tych 527 uznano za nieodpowiednie, co czyni 33% Mleko w mleczarniach podlega tym samym zarzutom, co i mleko targowe tak, że »w Krakowie bardzo trudno o dobre mleko niezmięszane.« Śmietanki badano próbek 490, z tych było nieodpowiednich 295. tj. 60%. Masła badano 762 próbek, uznano za nieodpowiednie 196, co odpowiada 25·4%; 49 próbek (6·4%) były czystą margaryną lub zawierały tylko domieszkę margaryny. W ogólności powiada sprawozdawca »masła krakowskie są bardzo liche.« W końcowym ustępie sprawozdania czytamy: »przetwory mleczarskie krakowskie pozostawiają wiele bardzo do życzenia; na 2841 próbek uznano za nieodpowiednie 1018 (36%). Na 2841 próbek badanych, tylko 84 (2·9%) pochodziły od osób prywatnych; mały zatem zastęp publiczności krakowskiej uznaje potrzebę kontrolowania towaru zakupionego; większość zaś przyjmuje wszystko, nawet towar lichy płacąc drogo.«

Wreszcie Doc. Dr. Lemberger nawołuje do poprawy stosunków na targu spożywczym, do czego, powiada słusznie, »przyczynić się mogą jedynie częste rewizye i liczne badania; aby to mogło być należycie wykonane, potrzeba koniecznie ustanowienia komisarza targowego, odpowiednio ukwalifikowanego, któryby działał z chemikiem miejskim wspólnemi siłami.«

* Kursy naukowe dla ubiegających się o posady egzaminowanych komisarzy targowych odbędą się w Wiedniu, w czasie poświą-

tecznym. Wykładane będą: a) mikroskopowe oględziny mięsa; b) o pożywieniu roślinnem i rozpoznawaniu grzybów jadowitych; c) technologia chemiczna.

Kursy mikroskopowych oględzin mięsa odbywać się będą w wojskowej szkole weterynaryi od 22 kwietnia do 4 maja codziennie, z wyjątkiem niedziel i dni świątecznych od $^1/_2$11 do $^1/_2$1 przed południem. Wykładać będzie prof. J. Csokor. Kursy o pożywieniu roślinnem itd., oraz technologia chemiczna ludzkiego pożywienia wykładane będą od 22 kwietnia do końca lipca w poniedziałki, środy i piątki od godz. 3 do 5 popołudniu w c. k. Zakładzie dla badania środków spożywczych. Wykłady o pożywkach roślinnych obejmie pod kierunkiem prof. M. Grubera Dr. J. Hockauf; chemiczną zaś technologię pożywienia ludzkiego Doc. Dr. G. Schacherl.

* Dr. Stan. Konera, lekarz szpitala św. Łazarza w Krakowie, mianowany został dyrektorem szpitala w Lubaczowie.

* Dr. J. Markiewicz mianowany został lekarzem okręgowym w Ciśnie.

* Rada miejska w Wadowicach nadała posadę lekarza miejskiego Stanisławowi Zędzianowskiemu, lekarzowi okręgowemu w Andrychowie.

* Na wezwanie ministerstwa spraw wewnętrznych, Najwyższa Rada zdrowia dała określenie pojęcia »praktyka lekarska« w rozumieniu instytucyi Izb lekarskich. Według Najwyższej Rady zdrowia prawa Izb lekarskich obejmują z tytułu „praktyka lekarska" nietylko lekarzy, ciągnących swe dochody z leczenia, lecz i wszystkich tych, którzy posiadają wszelki inny zarobek, będący wynikiem praw nabytych dyplomem doktora medycyny.

* VIII-my międzynarodowy Kongres przeciw alkoholizmowi odbędzie się w Wiedniu od 9 do 14 kwietnia b. r.

* IV-ty Kongres niemieckiego Towarz. ginekologicznego odbędzie się w Giessen od 29 maja do 1 czerwca b. r.

* Pojedyńczych faktów nie należy uogólniać, więc nie wyciągamy żadnych wniosków z dwóch zajść, które miały miejsce w świecie studentek paryskich. Pierwszym był zamach Wiery Gelo czy Żyło na sędziwego profesora Deschanela w obronie wrzekomo poszkodowanej czci; inna znowu studentka, Olga Dragomirówna, rozpisała do profesorów listy z pogróżkami, że pomści swoją cześć, na którą właśnie nastają profesorowie; skarży się ona przed władzą, że profesorowie hipnotyzują ją i z odległości robią z jej ciałem i duszą, co im się podoba, a »nie dalej. jak 3 dni temu, byłam, powiada, zgwałconą, a było to zgwałcenie hipnotyczne, z wielkiej odległości« itd. Rzecz jasna, że obie te studentki są chore i niepoczytne; wobec jednak pytania, czy układ nerwowy kobiety zniesie bez szkody dla jej zdrowia ogrom pracy umysłowej, do której ona się w naszych czasach tak garnie, statystyka społeczna winna zapamiętać te dwa spostrzeżenia.

Błąd druku. W artykule Dra Cięglewicza (Nr. 13), w końcowym ustępie (czwarty wiersz od dołu), w miejsce *również*, ma być: niż.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Port mian. został prof. nadzwyczajnym dentystyki w Heidelbergu. Dr. Robinson został prof. anatomii w Londynie. Dr. Marfori mian. został prof. zwyczajnym farmakologii w Padwie.

Nekrologia

Dr. Fryderyk Simon, adjunkt w lwowskiej Akademii weterynaryi, zakończył życie w ostatnich dniach z. m. we Lwowie. Nauki lekarskie odbył zmarły w Uniw. Jagiell., następnie pracował w instytucyach naukowych, mianowicie w krakowskiej klinice lekarskiej, w szpitalu św. Ludwika, w zakładzie weterynaryi, zkąd w stopniu adjunkta Akademii weterynaryi przeniósł się do Lwowa, gdzie dokonał życia. W Krakowie ogłosił rozprawę p. t. »O rozpoznawaniu duru brzusznego z surowicy krwi chorego, zapomocą bulionowej hodowli prątka Ebertha«. Schodząc z tego świata pozostawił wzór człowieka nieskazitelnego charakteru, wyższego umysłu i wielkiego serca. Pamięć jego pozostanie wiecznie w zasłużonej i należnej mu czci.

Zmarli: Dr. Władysław Suryn — w Witebsku, w 47 roku życia. Dr. Kazimierz Judycki — w Peterhofie, licząc lat 51. Prof. chirurg. Marcherano — w Palermo.

Zapiski bibliograficzne.

— *Medycyna* Nr. 13: Dobrzycki: Puch i pierze, jako roznosiciele chorób zakaźnych, oraz aparat Lorcha do racyonalnej dezynfekcyi. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku (dok.).

— *Gazeta Lekarska* Nr. 13: Zembrzuski: Przypadek wydalenia błony śluzowej przełyku po oparzeniu ługiem żrącym. Higier: Uwagi w sprawie »myastheniae paroxysmalis angiosclerolicae« oraz t. zw. »gangrenae spontaneae« (c. d.). Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 13: Chalupecký: Další příspěvek ku znamosti erythropsie. Jaklin: 41 laparotomie (c. d.). Elgart: Profylaxe tyfu skvrnitého.

— *La Presse médicale* Nr. 24: Achard: Postępy badania klinicznego w XIX stuleciu. Gourmont: Ospa w Lugdunie. Dłuski i Majewicz: Chorzy na gruźlicę i ich żołądek. Nr. 25: Vaquez Sero- i cytoterapia. Martinet: W jakim celu poleca się przetwory jodu i w jakim kierunku szkodzić one mogą.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13: Sihle: Przyczynek do patologii i teoryi połowiczego bólu głowy. Preindlsberger: Przypadek zaćmy po rażeniu od pioruna. Beer: O pierwotnym narządzie wzrokowym (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 13: Marckwald: Przyczynek do etyologii i doświadczalnego wywołania marskości wątroby. Ullmann: Przypadek postaci mięszanej marskości wątroby z przebiegiem ostrym. Hess: O plasmonie i troponie. Papasotirin: Wpływ węgla na prątki gruźlicze. Panse: Narząd równowagi i słuchu u myszy japońskich. Spiess: Ciało obce w płucach. Diehl: Osobliwy przypadek ciała obcego w przewodzie oddechowym. Reibmayr: O naturalnej odporności u rodzin gruźliczych. Moritz: Sprawozdanie z polikliniki lekarskiej w Monachium z r. 1900.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 13: Laurent: Nefrotomia z powodu broczenia z nerki, uległej krwotocznemu zapaleniu. Ransom: Saponina i jej odtrutka. Fraenckel: Epidemia duru w Getyndze latem 1900 r. (dok.). Hellendall: Doświadczalne nakłócia lędźwiowe dla wykazania prątków gruźliczych. Fast: Godny uwagi przypadek tętniaka rozdzielającego (*an. dissecans*) aorty brzusznej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13: Ransom: Rozchodzenie się jadu tężcowego i antytoksyny przeciwtężcowej w żywem ciele zwierzęcia. Freund: Przypadek niedokrewności śledzionowej z nader licznymi jednojądrzastymi leukocytami neutrofilnymi. Ziegner: Przypadek samoistnego krwotoku w siatkówce i ciałku szklistem. Oppenheim: Przyczynek do rokowania w chorobach mózgowych u dzieci (dok.).

Nowe książki.

Gerber: Atlas chorób nosa, zatok sąsiednich i jamy nosowo-połykowej. Zeszyt 1-szy, wszystkich zeszytów będzie sześć. Berlin. Jeannel: Chirurgia jelit, wydanie drugie, przerobione i powiększone zawiera 657 stron i 694 rysunków. Cena 20 franków; Paryż.

Redakcya otrzymała:

Ołtuszewski: Krótki szkic historyczny nauki o zboczeniach mowy, oraz obecne jej zadanie. Łuniewski: Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce. Haudek: O wskazaniach leczniczych zapomocą operacyj i przyrządów ortopedycznych.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.